FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N° 431

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 24 Juillet 1908, à 1 heure

Par M. Eugène CARON

Né à Amiens, le 29 Mai 1881.

Ancien interne de l'Hôtel-Dieu d'Amiens

Et de l'Hôpital Saint-Joseph de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ADÉNO-LIPOMATOSE

à Prédominance cervicale

Président : Pierre MARIE, *Professeur.*

Juges : MM. POUCHET, *Professeur.*

RICHAUD, ZIMMERN, *Agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE. / BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	MARIE (Pierre).
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	QUENU.
Pharmacologie et Matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	BALLET (Gilbert).
Pathologie comparée et expérimentale	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. / DIEULAFOY. / DEBOVE. / LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. / BERGER. / RECLUS. / SEGOND.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. / BAR. / RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BALTHAZARD	DEMELIN.	LECENE.	OMBREDANNE.
BEZANÇON.	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRANCA.	DUVAL.	LENORMANT.	PROUST.
BRINDEAU.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BROCA (André).	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BRUMPT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL, *Chef des travaux anatom.*
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CASTAIGNE.	JOUSSET.	MORESTIN.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LABBE (Marcel).	MULON.	
COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON BEAU-PÈRE

En hommage de notre affection vraiment filiale et de notre profonde reconnaissance.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur Pierre MARIE

Médecin de l'hospice de Bicêtre.

A mes premiers Maîtres de l'Ecole de Médecine préparatoire d'Amiens

M. le Docteur MOULONGUET, Directeur de l'Ecole, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu (Externat 1903, Internat 1904).

M. le Docteur HUBERT, Médecin de l'Hôtel-Dieu (Internat 1905).

M. le Docteur FOURNIER, Accoucheur de l'Hôtel-Dieu.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris

M. le Professeur NETTER, Médecin de l'Hôpital Trousseau.

M. le Professeur POZZI, Chirurgien de l'Hôpital Broca.

A mes Maîtres de l'Hôpital Bon-Secours de Paris

MM. les Docteurs POTHERAT, Chirurgien des Hôpitaux, et DAUTEL.

M. le Docteur Ch. TISNÉ, Médecin de l'Hôpital (Internat 1906).

A mes Maîtres de l'Hôpital Saint-Joseph de Paris

M. le Docteur HALLÉ, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph (Internat 1907).

M. le Docteur MESLAY, Médecin de l'Hôpital Saint-Joseph (Internat 1908).

M. le Docteur MAYET, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph (Internat 1908).

à qui nous devons l'idée première de cette thèse.

INTRODUCTION

Dans la vaste histoire pathologique des lipomes, il convient avant tout de faire une première classification. Il existe, en effet, des tumeurs uniques bien limitées, facilement mobilisables, non douloureuses, faussement fluctuantes, c'est le *lipome simple* ; affection bénigne, d'ailleurs fréquente, ne récidivant pas et d'ordre essentiellement chirurgical.

En regard de cette affection, il faut placer un ensemble de faits dont le nombre grandit tous les jours et dont nous avons pu déjà rencontrer deux à trois cents cas publiés, faits caractérisés par l'existence, en de multiples régions du corps, de tumeurs, tantôt nettement circonscrites, tantôt légèrement diffuses, ayant la consistance du lipome bien que souvent plus indurées et qu'on peut rassembler sous le nom de *lipomatose multiple*. Il ne semble pas, en effet, au premier abord du moins, qu'il s'agisse là d'un trouble isolé de l'organisme et la multiplicité des localisations lipomateuses fait penser à une affection d'ordre plus générale d'où le nom d'ensemble de *lipomatose*.

Nous laisserons à dessein de côté dans notre classification ce qu'on a appelé l'*adipose douloureuse*, maladie ou plutôt, d'après Sicard et Berkovitsch (1), syndrome de

(1) Sicard et Berkovitsch. *Soc. méd. hôp.*, juin 1898.

Dercum. C'est un type clinique et nosologique très particulier et en rien comparable aux autres, sinon par sa consistance vaguement lipomateuse. Nous en parlerons toutefois au chapitre diagnostic.

Dans cette vaste catégorie des lipomatoses multiples il y a, comme nous le verrons, des faits qui se groupent d'eux-mêmes dans certains cadres pathologiques précis et bien définis.

La *neuro-fibromatose*, d'abord dite maladie de Recklinghausen, dont l'origine nerveuse primitive paraît aujourd'hui acceptée par la plupart des auteurs et qui est caractérisée par un syndrome cutané (tumeurs de la peau, des nerfs superficiels et pigmentation) s'accompagnant de troubles fonctionnels et d'insuffisance psychique.

Plus conforme à notre ordre d'idées, nous placerons ensuite la *pseudo-lipomatose de Verneuil et Potain* se présentant sous forme de tumeurs molles mal limitées et nageant dans la fosse sus-claviculaire, se rencontrant surtout chez les arthritiques et paraissant dues à une sorte d'œdème chronique du tissu cellulaire sous-cutané.

La *lipomatose symétrique diffuse* par la bilatéralité et la disposition segmentaire de la graisse au niveau du thorax et de l'abdomen est, selon toute hypothèse, d'origine centrale.

Nous regrettons qu'une seule observation précise eût été recueillie : c'est celle de MM. Mosny et Beaufumé, car ce n'est vraiment pas assez pour constituer une forme clinique, malgré tout l'intérêt que pourrait avoir pour nous l'étude de sa pathogénie.

Nous aurions pu classer, tout de suite après la neuro-fibromatose, ce que M. le Prof[r] Bard, de Genève, vient

d'appeler la *fibromatose discrète* avec ses petits lipomes qui n'ont rien, du reste, de nerveux et qui sont répandus surtout aux membres supérieurs sans grand ordre apparent, mais en affectant cependant certains caractères de symétrie. Là, pas de troubles médullaires, ni encéphaliques et n'étaient leur multiplicité et leur localisation, ils ont tous les caractères du simple lipome.

Bien que lipomes et bien qu'à peu près symétriques, ces tumeurs sont donc totalement différentes de celles qui constituent une affection assez bien cataloguée représentant un type clinique et nosologique à peu près toujours fidèle à lui-même et auquel MM. Launois et Bensaude ont donné le nom d'*adéno-lipomatose symétrique*. Nous aurons l'occasion, au cours de cette étude, d'en signaler les traits principaux, mais notons tout de suite sa prédominance cervicale, son siège d'élection aux régions ganglionnaires, l'énorme volume de sa néoplasie, l'âge et le sexe qui en sont atteints de préférence (adultes, hommes), l'état de déchéance nerveuse qui accompagne cette affection, son évolution progressive vers une cachexie qui termine fréquemment la scène.

Mais il y a plus et à côté de ces lipomes bien homogènes comme constitution histologique on a décrit des affections telles que les *lipomes périostiques* dans lesquels la néoplasie cellulo-graisseuse semble évoluer en contact avec des malformations osseuses ou périostiques.

Voilà ce que la clinique et l'examen histologique nous apprennent, mais il devait forcément se produire dans l'esprit des auteurs qui ont tenté de grouper ensemble ou séparément ces faits ressortissant de ces différentes catégories un travail psychique destiné à en expliquer

l'origine et à fonder pour chacune d'elles une théorie pathogénique.

C'est une contribution à ces études que nous venons apporter aujourd'hui.

Ayant eu l'occasion, pendant notre internat à Saint-Joseph, d'observer au Dispensaire de cet hôpital, aidé par les conseils de notre maître, M. le Dr Mayet, chef de ce service, quatre cas représentant d'une façon parfaitement nette le type de l'adéno-lipomatose symétrique à prédominance cervicale et comportant, chacun pris isolément, quelques modalités particulières de cette affection, c'est un enseignement susceptible de nous éclairer dans l'histoire de cette maladie où l'accord est si loin d'être fait.

Au commencement de cette étude nous en retraçons brièvement l'historique en cherchant autant que possible à montrer l'évolution des théories pathogéniques successivement émises sur cette affection.

Nous nous efforcerons ensuite de préciser, grâce aux observations déjà connues et à celles inédites que nous publierons, le type clinique de l'adéno-lipomatose symétrique à prédominance cervicale.

Après un aperçu sur la marche, la durée, la terminaison, le pronostic et quelques mots sur le traitement de cette affection, nous serons conduits à mettre en lumière les signes qui distinguent l'adéno-lipomatose symétrique des autres lipomatoses multiples.

Ce chapitre de diagnostic proprement dit s'appuiera, du reste, sur quelques observations inédites que nous possédons également et nous le compléterons en étudiant les symptômes qui différencient l'adéno-lipomatose des adénites bacillaires de la région cervicale.

Enfin, nous comptons dans ce travail donner au chapitre de la Pathogénie une place particulièrement importante.

En effet, nos observations accompagnées de schémas permettant de localiser avec suffisamment de précision les groupes lipomateux, un examen radiographique apportant un contingent de notions nouvelles et une autopsie d'un malade, mort d'affection intercurrente, nous ont amené à un certain nombre de déductions que nous comptons exposer dans la seconde partie de notre travail.

C'est là que reprenant, du reste, les opinions d'un certain nombre d'auteurs sur cette question complexe de l'origine des lipomes multiples, nous avons l'intention de développer cette idée pathogénique qui est encore bien loin d'être admise par tous que l'adéno-lipomatose est une affection d'origine embryonnaire.

Cette notion nous a paru reposer sur des faits et des déductions précises et elle nous semble aussi avoir l'avantage de pouvoir être mise d'accord avec les notions d'anatomie pathologique connues jusqu'à ce jour.

HISTORIQUE

Nous nous efforcerons moins dans ce chapitre d'énumérer, suivant un ordre chronologique, les noms des auteurs, d'ailleurs très nombreux, qui ont étudié la lipomatose que de chercher à mettre en relief l'évolution des différentes théories étiologiques ou pathogéniques émises sur ce sujet,

Nous devons pourtant rappeler que c'est à Littré que nous devons d'avoir isolé, en 1709, sous le nom de lipomes, les tumeurs constituées par du tissu cellulo-graisseux, de nouvelles formations qui, jusque là, avaient été indifféremment confondues sous les noms de loupes, meliceris, tannes, steatomes et adipomes (Cruveilhier).

De nombreux travaux ont été publiés sur les lipomes par Lebert, Verneuil, Paget. Citons aussi les thèses de Paris de Jaume (1828), de Pauhier (1834), d'Affre (1839), de Vivefay (1844), d'Hébert (1849).

Mais ce n'est qu'en mars 1855 qu'Huguier présente à la *Société de Chirurgie* un homme, porteur de masses lipomateuses symétriques, légèrement diffuses, indolores, siégeant au cou, au tronc, aux membres et sous un volume plus considérable à la nuque. C'est le premier cas de lipomatose symétrique à prédominance cervicale, de description clinique bien nette. En effet, l'observation publiée en 1896 par Benjamin Brodie, en Angleterre, ne paraît pas se rapporter à cette affection.

En 1867, Virchow, dans son *Traité des Tumeurs*, explique la formation des lipomes par les frottements, les pressions, les chocs, en un mot les différents traumatismes auxquels nous sommes journellement exposés. Leclerc, en 1883 (th. de Paris), reprendra cette *théorie traumatique* et essaiera de la consolider. Cette théorie contient d'ailleurs en elle d'excellentes conceptions qui n'ont pas été détruites de nos jours.

La seconde en date est la *théorie diathésique* qui va chercher dans l'arthritisme, l'alcoolisme, l'origine du développement de la lipomatose symétrique. Soutenue en 1885 par Verneuil dans le *Bulletin de la Société biologique* et par son élève Juda (même année, th. de Paris), par Kröhm, en 1885 (th. de Paris) et par Darbez en 1888 (th. de Paris), elle a été rapidement abandonnée en France, mais elle est restée très longtemps en faveur à l'étranger : en Angleterre, c'est William Mac-Cornac (1884), Morant Baker et Antony Bowlby (1886) et plus récemment en 1890, Roger Williams qui la défendent ; en Allemagne, c'est Lascarides (th. de Strasbourg, 1878) et Fritz Langer (1893).

En 1887, de Wahl, de Dorpat, publie les travaux posthumes de son élève Grosch : c'est l'apparition de la *théorie cutanée* attribuant la formation des lipomes à des troubles sécréteurs de la peau.

Cette théorie fut vigoureusement soutenue en Allemagne par Hennigsen (th. de Kiel, 1888), Riedel, Tillmann, combattue par Tikhoff en Russie (1894, elle fut reprise en France par Katzenellenbogen en 1895 (th. de Paris) pour être complètement délaissée de nos jours.

En même temps que la théorie de Grosch se développait en Allemagne avec Madelung en 1888 la *théorie thyroïdienne*, basée sur la coexistence d'altérations du corps thyroïde avec la lipomatose. Elle fut tour à tour défendue par Köttnitz en 1892, en France, par Thibierge à la *Société médicale des hôpitaux* (1er décembre 1899).

Elle est à nouveau reprise en Allemagne par Max Rothmann qui présente à la Société de médecine Berlinoise, en 1903, plusieurs malades améliorés par la thyroïdothérapie : en dernier lieu (1904) par Türck, de Vienne).

En 1889, Boucher, de Rouen, dans la *France médicale*, présentait une femme atteinte de lipomatose symétrique et de sciatique et établissait un rapport de cause à effet entre l'affection nerveuse de sa malade et le développement de ses tumeurs.

C'était la *théorie nerveuse* qui apparaissait.

Madelung (1890), Targowla (1891), en Allemagne, trouvent des lipomateux également atteints d'affections nerveuses.

En 1891, en France, Mathieu, dans la *Gazette des Hôpitaux*, Bucquoy et Desnos à la *Société médicale des Hôpitaux*, consolident cette théorie bientôt combattue par Siredey (*Société médicale*, 1892), mais bientôt reprise par Bouju (th. de Paris, 1892).

En 1892, l'allemand Stoll fait intervenir l'*hérédité* dans la pathogénie de la lipomatose. Cette opinion sera à nouveau très énergiquement défendue en 1903 par Mlle Olga Astaouroff (th. de Paris).

En 1897, à la *Société médicale*, Hayem ébaucha la *théorie lymphatique* qui, l'année suivante, dans la même

enceinte, allait trouver en Launois et Bensaude des défenseurs acharnés. Cette nouvelle théorie si séduisante, à l'abord, profita de l'insuccès de celles qui l'avaient précédée ; elle eut d'emblée beaucoup d'admirateurs mais bien vite aussi vinrent de nombreux détracteurs qui trouvèrent succesivement des faits nouveaux à opposer aux nouvelles conceptions dans les thèses de Paris de Tapie (1900), Quiennec (1901), Query (1902).

En outre, Mollard et Petitjean apportèrent en 1907, dans la *Revue de Médecine*, une observation à l'encontre de la théorie de Launois et Bensaude depuis longtemps combattue, signalons-le, par M. le Prof[r] Dieulafoy dans son *Traité*.

Sans s'éloigner beaucoup des conceptions de Launois, Labbé et Ferraud en 1901, vinrent discuter à la *Société de chirurgie* de la nature tuberculeuse de l'adénolipomatose.

Cette *théorie tuberculeuse* semble avoir été tout particulièrement adoptée par l'Ecole de Lyon. En 1902, Jaboulay reprend les idées de Labbé et de Ferraud à la Société de médecine de Lyon. En 1906, c'est Roussel (thèse de Lyon) et en 1907 c'est le Professeur Poncet, à l'Académie de Médecine, qui apportent leurs contributions en faveur de cette théorie.

L'idée de *congénitalité* fut évoquée plus spécialement par Sénac (thèse de Paris, 1884) ; en Allemagne, par Ehrmann, en 1889 ; en 1900 par Hurault (thèse de Paris) et en 1905 M. le professeur Reclus apportait à la *Société de chirurgie* une observation au sujet de laquelle il était obligé d'entrevoir la possibilité d'une origine congénitale.

Comme travail de classification nous devons signaler en terminant la thèse de Crémieux (Montpellier, 1904).

Puisse notre légère contribution mériter de venir prendre place à la suite des savants travaux que nous venons d'énumérer et qui montrent l'effort considérable fourni pour apporter quelque lumière à la pathogénie de l'affection qui nous occupe.

SYMPTOMATOLOGIE

Lorsque l'affection a atteint un certain degré dans son évolution, l'habitus extérieur du malade est tout à fait caractéristique. Aussi, sur ce chapitre, tous les auteurs s'entendent-ils parfaitement et il est bien difficile d'ajouter ou même de ne pas emprunter, comme ils le font tous, les uns pour les autres, à leurs descriptions.

§ 1. — Symptômes locaux.

L'adéno-lipomateux qui se présente devant le médecin attire immédiatement l'attention de celui-ci par *l'aspect volumineux du cou*, signe constant, qui appelle aussitôt le diagnostic.

En effet, « dans les cas les moins accusés, le malade présente seulement au-dessous du menton une saillie médiane ayant l'aspect d'un croissant à concavité supérieure, dont les cornes se perdent vers les angles de la mâchoire. A mesure que cette tuméfaction se développe, la région antérieure du cou prend la forme d'un menton à double ou triple étage, analogue à celui des gens obèses. La face se trouve alors encadrée par un bourrelet adipeux nettement demi-circulaire ou bilobé à sa partie antérieure. La tuméfaction sous-mentonnière peut faire défaut ou à peu près (Obs. I) et être remplacée

par deux tumeurs siégeant symétriquement dans les régions sous-maxillaires.

« Sur les parties latérales de la face apparaissent des déformations similaires aux régions parotidiennes et préauriculaires. Ces dernières sont généralement petites, tantôt arrondies, tantôt allongées sous forme d'une amande. »

La nuque est également occupée par des saillies symétriques qui, le plus souvent, apparaissent les premières.

Presque toujours on en trouve deux dans les fossettes rétro-mastoïdiennes : elles restent en partie cachées par les cheveux.

A la partie postérieure et inférieure du cou, au niveau de la vertèbre proéminente, existe une autre tuméfaction, tantôt unique, tantôt divisée en deux lobes par un sillon médian. Dans ce dernier cas, les deux tumeurs supérieures et les deux inférieures finissent par se rapprocher au point de ne plus être séparées que par deux sillons réciproquement perpendiculaires, rappelant par leur réunion l'aspect de tubercules quadri-jumeaux.

Assez souvent, au lieu de quatre tumeurs on n'en trouve que trois (deux supérieures et une inférieure). Ces tumeurs reproduisent alors la forme d'une feuille de trèfle et les sillons qui les séparent se trouvent disposés comme les branches d'un T renversé.

Ces diverses tuméfactions dans les régions cervico-faciales au lieu de rester indépendantes les unes des autres, peuvent, à un moment donné, se rejoindre et former une énorme collerette à contours plus ou moins saillants et plus ou moins bosselés autour de la face et du cou (Launois et Bensaude). La circonférence du cou

peut alors atteindre des dimensions considérables : le malade de Wirchow est signalé comme étant celui qui ait présenté le plus grand tour de cou : celui-ci mesure 60 centimètres. Celui de notre malade, de l'observation II, mesurant 58 centimètres.

« Le volume du cou et de la tête allant progressivement en décroissant de bas en haut, il en résulte que l'extrémité céphalique, depuis les épaules jusqu'au sommet du vertex a la forme d'une pyramide tronquée à base inférieure et à sommet supérieur (Hayem) ». C'est la tête dite en poire. On peut facilement se donner une idée de cette disposition en examinant dans les traités et en particulier dans celui de M. le Prof[r] Dieulafoy (14[e] édition), les photogravures des malades de Siredey et Hayem, présentés en 1892 et 1897 à la Société Médicale.

« Les lipomes symétriques peuvent n'occuper que la région cervicale, mais le plus souvent ils se développent aux régions axillaires et inguinales avec la même symétrie. Aux aisselles, ils forment des tumeurs mollasses, indolores, mobiles, comme fusionnées et à contours mal définis (Dieulafoy).»

Notons cependant qu'en examinant les nombreuses observations publiées, la région axillaire si riche en ganglions est généralement peu ou pas occupée par les tumeurs : par contre, les régions inguinales sont très souvent intéressées ; là, les masses lipomateuses transversalement allongées, parallèles au pli de l'aine, simulent de loin d'énormes hernies doubles (Obs. II, III, IV).

On rencontre aussi, et nous insistons sur ce point, de volumineuses masses lipomateuses s'étendant en avant de chaque côté de la ligne blanche à la région épigas-

trique et sus-pubienne, en arrière de chaque côté de la ligne épineuse à la région dorsale inférieure et lombaire parfaitement distinctes, suivant leur diamètre vertical, allant se perdre sur les côtés dans le panicule adipeux et semblant assez uniformément réparties *suivant les segments métamériques primitifs.*

Ces masses, généralement étalées, non limitées latéralement, peuvent passer inaperçues dans un examen rapide et leurs sillons de délimitation être pris par un clinicien non prévenu, pour des plis cutanés normaux.

Nous croyons qu'il en fût souvent ainsi et que c'est la raison pour laquelle ces localisations ne sont pas plus souvent signalées : notons néanmoins que l'observation d'Huguier (Obs. V), la première en date, mentionne l'existence de masses dorsales et lombaires analogues à celles que nous avons rencontrées chez nos malades.

Nous rappellerons les cas des malades de Janselme et Bufnoir (Obs. XII), Langer et Thiroloix, chez lesquels soit le dos ou l'abdomen ou tout le tronc était capitonné de masses lipomateuses confluentes.

Mais il faut remarquer que toujours les extrémités des membres restent intactes et par la pureté de leurs lignes font un curieux contraste avec les tubérosités souvent informes qui siègent à leurs racines.

« Au niveau des tumeurs la peau est fine et normale « et a conservé toute sa mobilité. Il existe cependant « quelques exceptions à cette règle : adhérences à la « face profonde du derme, varices lymphatiques de la « face (Sibley), aspect éléphantiasique localisé à l'aisselle » (Hayem).

« Par la palpation on trouve tantôt une surface lisse

homogène, tantôt, le plus souvent, une surface irrégulière et lobulée. La consistance est celle du lipome, molle, pâteuse, sans qu'on puisse toutefois déterminer de godet par la pression.

« On peut, à ce point de vue, distinguer trois variétés de tumeurs : les plus molles sont celles de la région sous-mentonnière qui donnent lieu souvent à une fausse fluctuation analogue à celle des lipomes mous : les plus dures occupent la nuque. »

Chez notre malade de l'obs. III, la consistance des masses rétro-mastoïdiennes était, par place, tellement ferme que nous avions pensé à l'existence d'un exostose et qu'il nous a fallu une épreuve radiographique pour nous faire abandonner notre hypothèse.

« Enfin, la consistance des autres tuméfactions tient le milieu entre les deux.

« On a d'ailleurs observé des changements assez brusques de consistance survenant sur une même tumeur et coïncidant généralement avec des changements de volume.

« Une palpation attentive permet parfois de constater, au milieu de la masse encore peu développée, l'existence des noyaux bien isolés et résistants, noyés dans une atmosphère de tissu adipeux (Launois et Bensaude). »

Nous savons (Obs. Mollard et Petitjean, de Pfestel-mozoglu, de Mauclaire, de Dieulafoy) que ces masses sont constituées pour la plupart non point par des cellules lymphatiques, mais par du tissu graisseux condensé.

Ainsi, en résumé, nous trouvons 3 grands signes objectifs qui caractérisent l'adéno-lipomatose, ce sont :

La symétrie ;
La forme diffuse ;
Les localisations spéciales.

§ 2. — **Symptômes généraux.**

L'adéno-lipomatose, à part quelques cas particuliers, n'apporte aucune gêne, autre que la gêne mécanique qu'elle occasionne quand elle prend de trop grosses proportions, toutes les fonctions continuent à s'exécuter normalement.

La tête qui, selon l'expression de MM. Meige et Fendel (in Brissaud) émerge de sa collerette lipomateuse comme d'un énorme coussin » et qui semble fichée directement dans les épaules sur lesquelles s'étale la masse cervicale conserve néanmoins toute sa mobilité.

Il peut exister des symptômes de compression (Obs. I). Mais c'est là une complication, bien qu'on puisse s'en étonner, plutôt rare.

Plus fréquentes semblent les compressions des organes du médiastin par adéno-lipomatose trachéo-bronchique (Obs. I). Nous ne rappellerons pas les signes de cette compression que nous avons pu constater chez notre malade de l'observation II et qui était d'ailleurs beaucoup plus dû au volume du néoplasme œsophagien qu'à celui des ganglions trachéo-bronchiques en dégénérescence cancéreuse.

On ne rencontre, comme nous avons pu le constater nous-même et vérifier par les observations suivantes, aucun trouble viscéral chez ces malades.

Mais nous avons trouvé toujours nos malades apa-

thiques, déprimés, offrant un facies misérable, voûtés, ramassés sur eux-mêmes.

Cet état d'asthénie n'est-il pas plutôt dû à l'alcoolisme que l'on rencontre chez la plupart de ces malades ou à leur mauvaise alimentation ? Ce sont tous des individus de classes inférieures. On ne rencontre pas l'adénolipomatose chez les riches. Lorsque ces travailleurs sont par la difformité de leur affection obligés de quitter leur situation, c'est la misère physiologique et phsychique, au bout de peu de temps et c'est dans un état d'asthénie complet qu'ils arrivent à l'hôpital.

Car, vraiment, ce n'est pas non plus par les analyses, qui ont été faites du sang ayant presque toujours des caractères normaux, que l'on peut attribuer cet état de dépression à une altération sanguine. Ajoutons qu'à part quelques cas signalés au chapitre de la pathogénie on ne rencontre pas davantage de troubles de la sensibilité ni de la motilité.

DIAGNOSTIC

L'adéno-lipomatose constitue une entité morbide bien particulière lorsqu'elle arrive à sa période d'état. Mais cette affection se développe lentement et, avant d'acquérir son caractère spécial, elle se présente au cours de sa longue évolution sous des aspects différents qui peuvent rendre hésitant le diagnostic.

On peut considérer qu'elle passe par trois phases successives : une phase toute initiale constituée par le développement d'une unique tumeur localisée le plus souvent à la région rétro-mastoïdienne, puis une phase secondaire pendant laquelle la lipomatose, suivant une marche progressivement symétrique, envahit toute la région cervicale, enfin une phase terminale où elle se généralise à toutes les localisations qui lui sont spéciales.

C'est en nous plaçant à ce triple point de vue que nous allons discuter le diagnostic de l'adéno-lipomatose.

Phase initiale. — La localisation est unique et asymétrique : le diagnostic se fait avec toutes les tumeurs. Mais de ce que l'on a établi que l'on a affaire à un lipome, on ne peut évidemment pas pour cela en inférer qu'on se trouve en présence d'une adéno-lipomatose.

C'est une simple donnée qui pourra servir dans la suite et qu'il faut retenir, mais, à cause de cela, il est

important d'établir la nature de la tumeur dès son apparition en attendant (quelquefois 4 ou 5 mois comme pour le malade de notre observation I) qu'une tumeur analogue symétrique permette d'étendre le diagnostic.

A quelle néoplasie peut-on songer en présenee de cette tumeur unique, indolente, molle, lobulée, à contours nets, mobiles sous la peau, sans adhérence profonde, située au niveau d'une des régions latérales de la nuque.

Au *sarcome* ou au *fibrome* dont la consistance est plus ferme, mais pouvant néanmoins donner lieu à une grande difficulté d'interprétation par ce fait que les lipomes développés au niveau de la nuque nous ont toujours présenté une grande résistance au doigt, n'étant jamais faussement fluctuants comme les lipomes des autres régions.

D'autre part, le sarcome et le fibrome peuvent avoir dans certains cas une consistance très molle, l'évolution du sarcome est cependant assez rapide.

A l'*angiome*, généralement réductible en partie, pouvant présenter des mouvements d'expansion et donnant au toucher la sensation d'un paquet de vers.

A la *gomme syphilitique*, l'histoire du malade, l'évolution rapide de la tumeur et sa regression en peu de temps sous l'effet du traitement, imposeront le diagnostic.

A l'*abcès froid,* franchement fluctuant : la ponction établit le diagnostic.

Si la tumeur est médiane avec le *spina bifida* ou plus haut située avec l'*encéphalocèle*, ces tumeurs apparaissant dès la naissance, ne peuvent être confondues qu'avec les

lipomes congénitaux qui se montrent dès les premiers jours.

En résumé, le diagnostic du lipome simple ne présente aucune difficulté : il peut être confondu facilement, il est vrai, avec le sarcome et le fibrome, mais la nuque est une localisation très rare de ces néoplasies.

Phase secondaire. — A cette période intermédiaire de l'affection, le diagnostic devient plus compliqué, les tumeurs sont développées symétriquement, soit à la face postérieure, soit à la face antérieure. On fera le diagnostic.

Avec le *lipome périostique*, l'adhérence au plan profond, la résistance toute spéciale au toucher, la radiographie qui montrera la prolifération osseuse permettrait facilement de déterminer la nature de cette tumeur. De plus, le lipome périostique étant congénital (th. d'Hurault, de Sénac) apparaît généralement dès la naissance.

En arrière, l'aspect des tumeurs rétro-mastoïdiennes symétriques est caractéristique de l'affection.

En avant, comme dans l'obs. VI, la tumeur peut simuler un *goître total* : l'élévation de la tumeur avec le pharynx dans les mouvements de déglutition, les battements et les bruits de souffle perceptibles au niveau de la tumeur, la distingueront d'une masse lipomateuse.

On peut être amené à discuter le diagnostic d'adénolipomatose avec celui de certaines formes d'*adénites cervicales scrofuleuses.*

La relation suivante va nous permettre de le montrer.

Il y a environ un mois, le docteur Röllisch, médecin adjoint des maladies nerveuses à Saint-Joseph, connaissant nos travaux, voulut bien nous adresser une jeune

bonne de 21 ans, M^lle^ Fauch..., qui présentait le type de la tête dite en poire. En effet, on constatait qu'elle était porteur à gauche en arrière de la branche montante du maxillaire et en-dessous de la branche horizontale, de deux masses de consistance molle, vaguement fluctuantes, éloignées toutes deux d'un bon travers de doigt de l'angle de la mâchoire et ayant environ le volume d'un œuf de pigeon.

A droite, deux tumeurs un peu moins grosses, *parfaitement symétriques* aux précédentes, séparées l'une de l'autre au niveau de l'angle du maxillaire par une troisième tumeur de dimension un peu moindre : on trouvait également à droite, en arrière de l'os hyoïde, deux autres tumeurs du volume d'un marron. Elles étaient toutes parfaitement circonscrites et mobiles sous la peau non adhérente et normale.

Malgré l'absence de tumeurs dans toutes les autres localisations de choix de l'adéno-lipomatose, la symétrie de ces tumeurs, leur consistance lipomateuse pouvait faire croire à cette affection à son second stade d'évolution.

Cependant, la malade qui depuis six mois qu'elle avait vu se développer par petites poussées successives tout ce collier qui ne la gênait aucunement, ne s'en inquiétait pas, mais venait consulter pour une grande lassitude, des somnolences, le manque d'appétit et la constatation qu'elle avait faite d'un amaigrissement notable depuis environ 3 mois.

Pas d'antécédents familiaux ou personnels.

A l'auscultation, pas de submatité à droite, inspiration rude, expiration légèrement prolongée, pas de râles : Rien d'anormal à gauche. Cœur, foie et rate normaux.

Voici donc une jeune fille qui semble être candidate à la tuberculose, mais chez laquelle aucun signe ne permet de poser le diagnostic et qui, d'autre part, présente toute une série de masses à la région cervicale antérieure qui ressemble plus à de la lipomatose qu'à des ganglions tuberculeux.

Nous avons pensé qu'ici, où une seule lésion apparaissait, sur la nature tuberculeuse de laquelle on pouvait douter, la cutiréaction à la tuberculine pouvait résoudre le problème.

Elle fut franchement positive : la malade fut soumise au traitement (arsenicaux par la voie sous-cutanée, glycéro-phosphate, suralimentation).

Actuellement, la malade se sent plus vigoureuse, ses tumeurs cervicales tendent à régresser.

Il sera généralement facile de distinguer l'adénite cervicale : les cas du genre de celui dont nous venons de donner l'observation rapide sont plutôt rares.

Les *pseudo-lipomes sus-claviculaires* décrits par Verneuil et Potain peuvent également donner lieu à confusion.

« Ils ont été observés et décrits chez les arthritiques. On les rencontre surtout chez la femme (16 fois sur 20 cas pour Potain, 3 fois sur 4 cas pour Verneuil). De plus, leurs caractères distinctifs sont les suivants : ils siègent primitivement dans les régions sus-claviculaires, ils apparaissent souvent d'une façon soudaine, ils coexistent parfois avec de l'œdème sous-cutané et presque toujours avec les manifestations multiples de l'arthritisme ou du rhumatisme. L'influence du froid et de l'humidité semblent tenir une place importante dans leur pathogénie.

« Mais, à côté de ces caractères qui leur sont propres, il en est d'autres qui leur sont communs avec les adéno-lipomes, tels que leurs oscillations de volume, leur coexistence possible avec d'autres masses graisseuses siégeant en différentes régions du corps (Launois et Bensaude). »

Ajoutons que si leur symétrie très nette, leur apparition à l'âge mûr les rapprochent encore des adéno-lipomes, il faut convenir que justement cette régression, parfois presque complète, les en éloigne.

Enfin, il faut distinguer les adéno-lipomes de la région cervicale antérieure avec les *kystes séreux congénitaux* ou lymphangiomes kystiques qui se différencient par leur forme arrondie à contours bien limités, leur transparence et leur fluctuation franche.

Nous avons remarqué au cours de nos observations l'état plutôt cachectique de nos malades, leur facies amaigri, contrastant avec l'énorme volume du cou : cependant, dans quelques cas, la lipomatose cervicale antérieure et postérieure a pu coexister et être confondue avec l'*obésité*.

« Chez les gens obèses, il existe souvent un bourrelet graisseux, plus ou moins volumineux, dans les régions cervicales antérieure et postérieure, mais le bourrelet ne reproduit jamais l'aspect si caractéristique du collier que nous avons décrit précédemment. Il est beaucoup plus diffus et ne se présente jamais sous la forme de tuméfactions plus ou moins indépendantes les unes des autres. De plus, chez les gens porteurs d'adéno-lipomatose, on ne retrouve pas les signes habituels de l'adipose viscérale ou préviscérale (cœur, rein, etc.) (Launois et Bensaude). »

Phase de généralisation. — Nous voici à la période d'état où l'adéno-lipomatose se présente avec son tableau clinique si bien connu actuellement. Cependant, avant que cette maladie soit bien cataloguée comme elle l'est aujourd'hui, elle fut souvent confondue avec d'autres affections présentant certains caractères communs : nous avons souvent constaté cette confusion dans les observations que nous avons parcourues, aussi allons-nous essayer d'établir le diagnostic différentiel, ce qui nous sera d'ailleurs facile, de l'adéno-lipomatose avec ces affections de voisinage.

Avec le *lymphadénome* ou suivant qu'il s'y ajoute de la leucocytose, avec la *leucémie lymphatique*, le lymphadénome se présente sous forme de grosses masses envahissant les sphères ganglionnaires connues : c'est la seule analogie qu'il ait avec l'adéno-lipome.

L'absence de lymphomes à la nuque, aux plis du coude, en un mot dans les régions dépourvues de ganglions, la splénomégalie, l'examen du sang indiquant des profondes modifications dans sa morphologie, la rapidité de l'évolution et la mort à brève échéance dans une cachexie particulièrement prononcée, tous ces signes suffisent pour éviter toute erreur.

Avec l'*adipose douloureuse* (syndrôme de Dercum), cette affection isolée, en 1888, par Dercum, professeur à l'Université de Philadelphie et bien étudiée par Pellerin (thèse Paris 1903), peut se présenter sous certaines formes cliniques analogues à celles, quelquefois un peu différentes du type classique, que peut offrir l'adéno-lipomatose et à l'appui de ceci nous citerons la discussion qui eut lieu en juillet 1901 à la *Revue de*

Neurologie sur une observation présentée par MM. Renon et Hertz.

Mais d'une façon générale, l'adipose douloureuse se présente avec des caractères spéciaux.

Elle frappe tout particulièrement les femmes aux environs de la ménopause.

Elle débute par de vives douleurs, ce que l'on ne rencontre jamais dans l'adéno-lipomatose, parfois pourtant les tumeurs peuvent se développer insidieusement et les douleurs n'apparaître qu'après (Prof[r] Debove. *Presse Médicale*, juillet 1901).

Ces tumeurs se développent sans ordre de localisation, par poussées coïncidant avec des crises paroxystiques, sous formes nodulaires ou diffuses généralisées ou localisées : enfin cette lipomatose s'accompagne toujours d'asthénie très marquée, de nombreux troubles psychiques, de troubles vaso-moteurs (hémorrhagies), sensitifs moteurs et trophiques comme l'on n'en rencontre jamais, ou sous une forme tout à fait isolée, dans l'adéno-lipomatose.

Nous devons pourtant signaler le travail de Cheinisse sur l'identité de la maladie de Dercum avec l'adéno-lipomatose qui peut parfois être douloureuse comme ce fut le cas pour le malade de Mathieu et celui de M. le Prof[r] Bucquoy. Le diagnostic devient alors très délicat.

Nous avons dit dans notre introduction ce qu'était la lipomatose multiple, symétrique, circonscrite ou *lipomatose discrète* du Prof[r] Bard, de Genève : nous en avons relaté, à la suite de nos observations d'adéno-lipomatose, deux cas inédits, il suffit de s'y reporter pour s'étonner de la confusion que purent faire quelques auteurs de

cette affection avec l'adéno-lipomatose diffuse à prédominance cervicale.

La lipomatose discrète se différencie en effet très nettement par les caractères suivants :

Tumeurs dont le nombre varie de 10 à 2,000, pouvant atteindre le volume d'une noisette, d'une noix ou d'une pomme d'api parfaitement circonscrites, mobiles et indolores, siégeant uniquement aux membres mais surtout aux avant-bras et au bras, parfois à la ceinture, avec prédominance d'un côté sur l'autre, apparaissant à la puberté, pouvant regresser et enfin ne s'accompagnant d'aucun trouble fonctionnel.

Nous sommes amenés par la lipomatose discrète à parler d'une affection qui se présente souvent sous des formes frustes. C'est la *neuro-fibromatose généralisée* ou maladie de Recklinghausen.

Elle est bien constituée par de petits fibromes mais sans symétrie, répartis en très grand nombre sur toute la surface du corps, accompagnée souvent d'une fibromatose diffuse du tissu cellulaire du tronc. Mais à ces petites tumeurs *de petit volume*, *de consistance très molle*, siégeant dans l'épaisseur même de la peau, s'ajoute une pigmentation caractéristique de la peau et des troubles fonctionnels divers : troubles de l'intelligence, de la motilité (lenteur, tremblement, attaques épileptiformes), de la sensibilité (anesthésies vagues, crampes douloureuses, tête lourde), qu'il suffit d'avoir contrôlés une fois pour éviter tout écart dans le diagnostic.

Nous avons rapporté presque complètement, parce qu'unique dans la science, l'observation de *lipomatose*

symétrique diffuse, de Mosny et Beaufumé. Cette forme de lipomatose uniquement localisée au tronc constitue un type clinique tout à fait indépendant et qui échappe à toute confusion.

Ainsi, en résumé, si, à la phase initiale, seul le diagnostic de lipome simple peut être posé, à la phase secondaire la discussion devient plus délicate, plus fournie et déjà décisive, enfin à la période d'état le diagnostic s'impose.

MARCHE, TERMINAISON ET TRAITEMENT.

L'adéno-lipomatose débute insidieusement à la région cervicale et presque toujours en particulier au niveau de la nuque.

Les tumeurs évoluent lentement sans déterminer aucune douleur et ce n'est que lorsqu'elles ont acquis un volume suffisamment appréciable que le malade s'aperçoit de leur présence.

Aussi n'a-t-on jamais de données parfaitement exactes sur leur date d'apparition.

Néanmoins, c'est généralement à la région rétro-mastoïdienne que se montre la première tumeur, soit à droite, soit à gauche, rarement des deux côtés à la fois.

En même temps, d'autres apparaissent à la région cervicale antérieure : le cou grossit ; le malade ne peut plus boutonner son faux-col.

Ces tumeurs peuvent rester longtemps localisées uniquement à la région cervicale, mais souvent il ne tarde pas à en apparaître d'autres à l'épaule, au triangle de Scarpa, à l'aisselle, et, d'après nos observations, en dernier lieu, à la région dorso-lombaire et à l'épigastre.

Le développement de ces masses lipomateuses se fait souvent selon une lente mais constante progression et peut durer quelques mois seulement, mais le plus souvent cinq ou dix ans.

Ces tumeurs restent alors en un état stationnaire, mais qu'il ne faut pas affirmer être définitif puisqu'on a vu celles-ci, après un arrêt de développement de 10, 20, 30 ans, être le siège de nouvelles et brusques poussées qui les faisaient rapidement doubler ou même tripler de volume.

Nous avons constaté que le développement des tumeurs de notre malade de l'observation II s'était fait ainsi en trois poussées successives.

Mais jamais l'on n'a observé une regression bien notable dans l'évolution de ces tumeurs et c'est ce qui nous faisait dire dans notre historique que le cas de Brodie publié en 1846 et dans lequel les tumeurs avaient presque complètement disparu ne devait pas rentrer dans la classe des adéno-lipomatoses.

Même lorsque la malade, et nous en avons une preuve frappante dans notre observation II, est atteint d'une affection cachectisante comme la tuberculose, le cancer, l'albuminurie, etc., les masses lipomateuses conservent leur volume, montrant ainsi leur indépendance dans les variations de l'équilibre vital dues aux troubles de nutrition et « leur individualité propre sur le terrain où on les voit évoluer ».

Leur dimension varie en général du volume d'une noix à celui d'un œuf, d'une orange ; mais elles peuvent acquérir parfois un volume beaucoup plus considérable, telles celles que nous avons mesuré à la région cervicale du malade de notre observation II, telles aussi celles que nous avons rencontrées à la région sacro-lombaire et épigastrique.

Quand elles acquièrent un volume considérable elles

peuvent être, suivant aussi leur situation, la cause d'accidents de compression périphérique soit nerveuse ou vasculaire ou de compression médiastinale. Nous avons vu que cette variété était plus fréquente. C'est le seul accident à prévoir dans cette affection qui n'est encore une fois qu'une difformité.

Nous n'avons pas fait un chapitre spécial pour discuter le traitement, nous en dirons ici les quelques mots qui sont à dire.

On trouvera dans la thèse de Bonnefond (Paris) une étude aussi approfondie que les données actuelles peuvent le permettre sur le traitement.

Il conclut en n'admettant que le traitement chirurgical, et encore quand des phénomènes de compression l'imposent. En effet, les récidives sont à craindre.

Pour notre compte nous avons vu récidiver notre malade de l'obs. II après les interventions faites par Péan et Nelaton à la région cervicale.

Bouju (thèse Paris) a observé aussi des cas de récidive, également Pfestel-Mozoglu.

Ajoutons en outre le danger de cicatrices vicieuses. Récidive fréquente, mauvaise cicatrisation amenant plus de gêne pour le malade que la tumeur elle-même. C'est assez, en effet, pour éloigner toute idée d'intervention dans une affection qui n'occasionne aucune douleur, aucun trouble fonctionnel.

Le traitement médical n'est pas encore connu.

L'arsenic (Olga Astaouroff, thèse Paris), l'iodure et la thyroïdothérapie, défendue ces dernières années encore par Max Rothmann n'ont donné aucun résultat appréciable.

L'électrothérapie semble agir dans la lipomatose discrète. Darbez (thèse Paris) relate une observation d'Onimus qui aurait obtenu, employant des courants continus de 30 à 40 éléments. Remak, chez une malade atteinte de paralysie du bras consécutive à une fracture de l'humérus, la disparition d'une dizaine de petits lipomes répartis sur ce membre.

Même résultat obtenu chez une de nos malades atteinte de lipomatose discrète.

Mais le cas d'Onimus qui était un cas de lipomatose circonscrite de même que le nôtre ne peut rentrer dans la catégorie des adéno-lipomateux et chez ceux-ci qui ont été soumis à l'électrothérapie les résultats furent nuls.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Avant d'aborder l'étude pathogénique proprement dite, nous examinerons rapidement les causes prédisposantes de l'adéno-lipomatose symétrique.

Le sexe masculin est beaucoup plus souvent atteint que le féminin et « cette prédilection pour le sexe masculin est d'autant plus remarquable que les lipomes vrais sont plus fréquents chez la femme (Launois) ». C'est à l'âge mûr que les adéno-lipomes apparaissent.

L'alcoolisme est un facteur très important dans le développement de cette affection : on le rencontre dans 30 cas pour cent.

Très souvent on a découvert chez le malade la coexistence d'autres états morbides tels que la syphilis, le cancer, l'albuminurie, la tuberculose, le rhumatisme chronique.

En somme, l'étude étiologique ne nous offre rien qui puisse éclairer l'origine de cette affection.

Nous allons donc aborder franchement l'étude pathogénique, reprenant une à une les théories que nous avons déjà signalées dans notre historique en nous efforçant de rappeler rapidement et de façon précise les faits qui avaient attiré l'observation des cliniciens et desquels ils déduirent les différentes théories émises sur la nature de la maladie. Nous dirons ce qu'il faut garder et rejeter de

toutes ces considérations pathogéniques et nous bâtirons là-dessus l'idée personnelle que nous nous sommes faite de cette affection.

Nous rappellerons à titre historique la *théorie de Hunter* qui fait du lipome un produit de sécrétion due à un système glandulaire spécial et celle *de Morgagni* (épist. 50-22) qui veut que le relâchement de la peau en certains endroits y permette une accumulation de graisse.

Virchow et Leclerc (thèse Paris) trouvent dans *les traumatismes* l'explication du développement des lipomes. Virchow prétend que les frottements, les pressions continues déterminent une irritation du tissu graisseux sous-cutané qui alors prolifère. Cette origine est reconnue depuis longtemps exacte. « Les traumatismes ont une influence et on voit les lipomes se développer parfois sur le front aux points ou pressent le chapeau et le képi : les forts de la Halle, les soldats en fournissent des cas nombreux, et, Broca, qui signale ce fait, avait pu se citer comme un exemple. Au niveau des épaules, les bretelles du sac chez un fantassin, et, chez les cavaliers, la pression sur la selle au niveau des cuisses déterminent la production des lipomes: on connaît l'observation d'un religieux chez lequel il en vint au genou à la suite de longues heures de prière (Reclus). »

Mais ceci n'est pas suffisant pour expliquer la symétrie et la localisation en des régions qui ne sont pas des points de contact, bien que dans l'observation IX, le professeur Reclus songe vaguement à la possibilité du développement des deux tumeurs symétriques du cou sous l'action traumatisante d'une bricolle.

Cette théorie pathogénique n'est donc vraie que pour certains lipomes isolés.

La *théorie de Grosch* de Dorpat, publiée par les soins de Wahl, est déjà plus fouillée.

Grosch, après l'analyse de 716 observations de lipomes simples ou multiples pose les principes suivants :

1° Il y a une loi constante dans l'ordre des lipomes sur la surface du corps.

2° Cette loi est celle de la distribution normale de la graisse dans la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée ;

3° Les glandes de la peau sudoripares ou sébacées président à cette distribution ;

4° La formation des lipomes est la conséquence d'une perturbation dans les fonctions secrétoires des glandes cutanées, perturbation qui, diminuant l'excrétion de la graisse par la peau, favorise son accumulation dans la couche sous-cutanée.

Katzenellenbogen (th. Paris), reprit après Hennigsen (th. Kiel), les idées de Grosch : au moyen d'injections sous-cutanées de chlorhydrate de pylocarpine, il démontra qu'au niveau des masses lipomateuses, il existait une insuffisance excrétoire complète, la sueur, en effet, manquait totalement, et il conclut dans sa thèse : « Les lipomes symétriques ont une double origine, tantôt ils sont le résultat d'une production exagérée de la graisse par l'économie, tantôt ils sont le résultat d'un défaut d'excrétion de la graisse par la peau. »

Dans nos observations personnelles et dans l'étude des observations déjà publiées, nous avons toujours constaté que la peau, parfaitement mobile sur les tumeurs, possédait sa texture normale (sauf le cas exceptionnel d'Hayem).

D'ailleurs, cette théorie cutanée a été complètement détruite et ne compte plus de partisan actuellement.

La *théorie thyroïdienne* qui eut en son temps beaucoup de succès a encore actuellement grand crédit auprès de nombreux cliniciens.

C'est Madelung qui l'institua, ayant remarqué, chez un adéno-lipomateux qu'il avait opéré, l'absence complète du corps thyroïde.

Plus tard, Klausner et Turk attirent l'attention à nouveau sur l'absence ou la réduction de volume chez les adéno-lipomateux, du corps thyroïde.

De plus, en 1903, Max Rothmann, à la Société de médecine Berlinoise, présentant deux adéno-lipomateux soumis depuis 2 mois à la thyroïdothérapie et considérablement améliorés, donne une très séduisante interprétation de l'influence thyroïdienne dans l'adéno-lipomatose.

Il met en parallèle l'adéno-lipomatose et le myxœdème, étant donnés les résultats merveilleux de la thyroïdothérapie dans ces deux affections, il est permis de leur attribuer la même nature et la même origine. La première se rencontre presque exclusivement chez l'homme, la seconde presque exclusivement chez la femme. Pourquoi ne pas supposer alors que, suivant le sexe, l'insuffisance thyroïdienne se traduit soit par la formation de tumeurs graisseuses isolées, soit par un dépôt généralisé de graisse.

Dans nos observations personnelles, nous n'avons pu trouver aucun élément en faveur de cette théorie : nos malades ne possédaient pas de goîtreux dans leurs familles. Eux-mêmes ne présentaient aucun signe d'insuffisance thyroïdienne. Enfin ils furent insensibles au traitement.

Est-ce une raison pour rejeter cette théorie ? Evidemment non.

En 1899, à la Société médicale des Hôpitaux, M. Thibierge (Obs. VI *bis*) montrait que le malade présenté déjà 2 ans auparavant par M. Dalché était un thyroïdien. Dans l'ignorance où nous sommes de la pathogénie il faut avoir un peu d'éclectisme : sans conclure que tout adéno-lipomateux doit forcément être un thyroïdien on peut accepter que l'insuffisance thyroïdienne ait, chez certains individus prédisposés, une action déterminante.

Nous devons aussi prendre en considération la *théorie diathésique* établie par Verneuil, défendue par son élève Juda et par Kröhn.

En citant les quelques lignes suivantes de Juda, nous donnerons une idée de la conception de ces auteurs.

« Il est, pour nous, incontestable que la présence d'une tumeur est la résultante d'un certain nombre de circonstances parmi lesquelles l'état général, l'adultération diathésique de l'individu jouent un rôle prépondérant. Et ceci est vrai de toute tumeur, car l'arthritisme, qui est le vice de la clinique annonce, enfante, chaque jour sous nos yeux, tantôt l'épithélioma, tantôt le sarcome, tantôt le fibrôme.

Qui oserait nier que cette production que nous voyons, dans certains cas, rentrer dans la symptomatologie de l'arthritisme pour constituer le lipome sus-claviculaire, les masses exubérantes des pannicules adipeux, voisins des grandes articulations, ne soit nettement dominée par la diathèse, lorsque le processus, au lieu d'aboutir à des traînées diffuses, se concentre, pour ainsi dire, à l'inté-

rieur d'une capsule et aboutit à la formation du lipome tumeur. Ce lipome va s'allier au néoplasme de toute gravidité. Bref, comme Verneuil l'a nettement établi, le lipome rentre dans la classe si vaste des manifestations intimes de l'arthritisme. »

C'est, en effet, un fait admis sans qu'il soit expliqué, que les individus dits arthritiques ont une tendance très marquée à produire du tissu de néoformation, mais ils ne le produisent pas spontanément. Il faut une cause déterminante.

D'après les observations prises jusqu'ici, nous croyons qu'à la diathèse arthritique dont parle Juda, il faut ajouter surtout l'alcoolisme qui est l'apanage du tiers des adéno-lipomateux. Darbez alla encore plus loin dans cette conception : la lipomatose devint pour lui non pas la manifestation d'une diathèse, mais une diathèse proprement dite à laquelle il donna le nom de diathèse lipomateuse.

Plusieurs auteurs ont relaté des observations montrant d'une façon absolument manifeste le rôle que peut jouer l'hérédité : c'est là un élément en faveur de la congénitalité.

Stol, cité par Katzenellenbogen, apporte un cas dans lequel on peut incriminer l'hérédité (mère et oncle lipomateux). Sénac, dans sa thèse sur le lipome congénital, montre l'*influence héréditaire*. Olga Astaouroff (Th. Paris) se fait l'énergique défenseur de cette théorie : elle cite le cas de Blaschko dans lequel tous les membres mâles présentaient des lipomes, à l'exclusion des ascendants et des descendants du sexe féminin ; elle cite encore le cas type de Lardier (*Rev. méd. de l'Est*, 1881).

Chez un malade de Cleve Otto, de Fribourg, le père a été opéré 13 ans auparavant pour lipomes. Sumhuber cite le cas d'un malade atteint de lipomes symétriques diffus dont le frère fut atteint à la même époque de la même affection.

Nous allons aborder maintenant les théories plus récentes et qui ont donné lieu aux plus vives discussions.

La *théorie nerveuse* est basée d'abord sur la distribution symétrique des lipomes, ensuite sur la coexistence avec ces tumeurs de troubles du système nerveux périphérique ou central.

A l'appui de la seconde partie de la proposition, nous citerons les observations classiques suivantes :

Celle de Boucher, de Rouen, sur une femme rhumatisante.

Celle de Bucquoy sur un malade atteint de sciatique avec atrophie musculaire. Celles de Madelung et de Bonju sur un tabétique. Celle de Targowla sur un paralytique général ; celles de Mathieu sur un malade atteint de troubles myélopathiques ; enfin, celle de Thiroloix sur un malade atteint de mal perforant plantaire.

Nous reviendrons tantôt sur la discussion de cette théorie, envisageons maintenant celles de MM. Launois et Bensaude. Elle consiste à considérer l'affection comme ayant pour origine une maladie des glandes lymphatiques.

« Le siège de prédilection des tuméfactions au niveau des régions où existent normalement de nombreux ganglions lymphatiques, l'apparition souvent signalée de symptômes de tumeur du médiastin plaident en faveur

de cette opinion. Un argument important est fourni par la présence au milieu des masses infiltrées de ganglions plus ou moins volumineux et plus ou moins nombreux. On a vu les tuméfactions lipomateuses coïncider avec un état éléphantiasique de la peau, avec des varices lymphatiques, des lymphangites, une hypertrophie de la rate, une leucocytose légère et une diminution notable des globules blancs de la première variété de M. Hayem (petits mononucléaires) (Launois). »

Ajoutons la propagation de l'infiltration graisseuse en profondeur suivant les vaisseaux lymphatiques, le changement parfois brusque du volume des masses adéno-lipomateuses ne s'expliquant que par une connexion intime avec le torrent circulatoire.

Tel est l'exposé rapide mais complet de la *théorie lymphatique*, elle n'explique pas cependant le processus primitif de la lésion ganglionnaire.

C'est ce qu'ont prétendu éclaircir MM. Labbé et Ferraud, Jaboulay et le Prof[r] Poncet, de Lyon, en attribuant la réaction ganglionnaire initiale à la tuberculose.

Le Prof[r] Poncet dit : « L'adéno-lipomatose de MM. Launois et Bensaude n'est pas autre chose dans bien des cas qu'une réaction graisseuse autour d'un ganglion scrofuleux. Il faut donc en arriver à cette conclusion que l'inflammation tuberculeuse peut engendrer dans son voisinage des réactions hyperplasiques intenses et par pure action toxinienne. Etant donné le caractère fluxionnaire congestif et hyperplasique de la tuberculose inflammatoire, il est donc rationnel de penser qu'il existe des lipomes d'origine tuberculeuse. Leur étiologie doit s'affirmer par la nature du terrain sur lequel ils apparaissent

et se développent : l'anatomie pathologique et les inoculations étant impuissantes à en établir le mode de production. »

Or, c'est justement ce que l'on reproche à M. le Prof^r Poncet, c'est de soutenir que l'adéno-lipomatose est de nature tuberculeuse et de n'en pouvoir donner la moindre preuve.

En résumé, nous sommes actuellement en présence de deux théories : la théorie nerveuse et la théorie ganglionnaire, ni l'une ni l'autre n'a pu être encore établie d'une façon péremptoire et malgré ce qu'elles offrent chacune de séduisant, elles ont été vigoureusement combattues, et, en particulier, la théorie de M. Launois.

On a reproché à la lipomatose de MM. Launois et Bensaude, dénommée par eux adéno-lipomatose à cause de la participation des glandes lymphatiques à la formation des masses lipomateuses, de se développer en dehors des régions ganglionnaires tout en étant là, il est vrai, particulièrement développée. Rencontrée presque toujours en même temps dans des régions connues jusqu'ici comme étant dépourvues de ganglions (épaule, régions capulaire, colonne vertébrale, épigastre, pubis).

On ne voit pas bien en effet comment une néoplasie se développant aux dépens d'un organe bien défini peut se montrer en une région où cet organe n'a jamais été signalé.

A cet argument MM. Launois et Bensaude répondent que si on ne connaît pas en ces régions de localisations glandulaires, cela n'implique pas nécessairement que des glandes n'y existent pas. Ils montrent combien sont variables les localisations des ganglions, combien celles-

ci sont mal connues et enfin s'appuient sur ce que l'on rencontre dans les mêmes régions dépourvues, dit-on, de ganglions normaux, des adénopathies syphilitiques.

D'autre part, MM. Launois et Bensaude ont décrit comme ganglions hypertrophiés des petites masses de consistance ferme, nettement nodulaires, et siégeant au milieu du tissu lipomateux.

Or on a démontré que ces masses étaient constituées non par des éléments lymphatiques mais par du tissu adipeux, condensé par endroit et prenait par là même une consistance plus ferme lui donnant l'apparence de noyaux nageant au milieu des masses lipomateuses.

Les observations du Prof^r^ Dieulafoy, de Mollard et Petitjean (obs. X), de Marçais, sont formelles sur ce point.

Enfin il est très rarement constaté avec l'adéno-lipomatose, l'hypertrophie de la rate et les variations de la formule leucocytaire signalées par M. Launois.

Néanmoins tous les auteurs s'accordent à respecter la dénomination d'adéno-lipomatose qui, certainement, conserve dans leur esprit plus qu'une simple idée de localisation.

Quant à la théorie nerveuse, si elle n'est pas prouvée d'avantage c'est qu'on manque de données sûres pour l'établir.

En effet, à part une dizaine de malades qui, sur deux ou trois cents offrent quelques troubles nerveux, on ne trouve généralement chez les adéno-lipomateux aucune modification du côté de la sensibilité objective ou subjective, et de la motilité.

D'autre part Siredey s'appuie sur la symétrie, à son

gré trop rigoureuse des tumeurs, pour combattre l'idée de leur origine nerveuse. Elles devraient en effet, dans ce cas, soutient-il, répondre davantage à la distribution des nerfs comme cela a lieu pour le zona, l'amyotrophie : elles seraient alors moins parfaitement symétriques. Ces tumeurs ne sont en effet jamais échelonnées sur un trajet nerveux isolé. De plus, leur examen histologique a montré l'intégrité de la texture des nerfs qui la traversaient.

M. le Prof[r] Delbet est d'un avis différent, il trouve que beaucoup de ces tumeurs répondent très nettement à des filets nerveux périphériques et que l'on est parfaitement en droit d'admettre une origine nerveuse périphérique.

Si cette origine périphérique des tumeurs lipomateuses peut donner lieu à contestation il en est une sur laquelle les auteurs s'accordent, c'est l'origine centrale.

En se basant sur la répartition parfaitement symétrique des tumeurs, rigoureusement et constamment coordonnées suivant des zones bien limitées, et *nos schémas donnent une idée exacte de cette disposition*, on est directement amenés à rapprocher ces zones de localisation lipomateuse des zones de segmentation primitive et, suivant la théorie de la métamérisation de M. le Prof[r] Brissaud, de faire de l'adéno-lipomatose une affection congénitale au même titre que Feindel fit de la neurofibromatose une affection d'origine embryonnaire en s'appuyant également sur la répartition métamérique des neurofibromes.

Un argument en faveur de cette conception congénitale réside dans les considérations suivantes :

Quand l'adéno-lipomatose n'est pas symétrique, elle se

présente sous l'aspect de masses médianes : or il est facile de constater que ces formations médianes ne se rencontrent jamais à la partie postérieure du rachis, c'est-à-dire en arrière de l'arc neural, mais qu'elles existent constamment à la face antérieure du cou, c'est-à-dire en avant de l'arc hœmal. Il semble donc bien que ces productions se font sous l'influence du développement même de l'individu et qu'elles reproduisent tous les caractères des affections congénitales proprement dites (lymphangiomes, kystes séreux du cou, fissures).

Sans rejeter la théorie de prolifération ganglionnaire de MM. Launois et Bensaude, prolifération qui, d'ailleurs, pourrait être aussi bien due à un trouble trophique qu'à un trouble de tuberculose inflammatoire, qu'il nous suffise de constater que ces auteurs ont été forcément amenés à évoquer l'idée de congénitalité, soit en envisageant la transformation lipomateuse du lymphangiome congénital, soit en considérant tout simplement le rapport de symétrie et de zonulation des tumeurs lipomateuses avec les bandes métamériques.

La conception de l'origine congénitale de la lipomatose est donc commune à tous les auteurs : elle est d'ailleurs compatible avec les différentes théories.

Or, dans un cas d'adéno-lipomatose symétrique offrant le tableau complet du type clinique bien connu, et ne pouvant un seul instant faire douter du diagnostic, si l'on pouvait démontrer que l'une ou plusieurs de ces masses lipomateuses ne traduisent pas seulement une lésion localisée à une seule différenciation du mésoderme mais qu'elles traduisent tout un ensemble de modifications intéressant à la fois plu-

sieurs des éléments mésodermiques primitivement semblables et complètement différenciés à l'âge adulte. on aurait là, grâce au développement de cette sorte de tératome constitué par des éléments embryogéniquement homogènes un argument puissant pour affirmer l'origine congénitale de l'affection.

Or c'est précisément ce qu'il nous fut donné de rencontrer chez notre malade de l'observation I, exemple vivant de ce que nous venons d'avancer.

Nous nous reporterons à l'Obs. I pour la description de ces deux lipomes rétro-mastoïdiens de nature ostéogénique et manifestement congénitale.

Nous sommes heureux de pouvoir renforcer cet exemple de l'observation présentée par M. le Prof[r] Reclus à la Société de chirurgie (Obs. IX) à propos d'une communication de MM. Schwartz et Chevrier sur les lipomes périostiques. Si l'on peut mettre sur le compte de l'irritation continuelle exercée par la bricolle (le malade de M. le prof[r] Reclus était porteur de pianos) le travail de prolifération osseuse des tumeurs au niveau de l'épaule gauche, les autres étaient pourtant indemnes de tout traumatisme et il n'y a pas lieu d'attribuer les exostoses qu'elles présentaient, pas plus d'ailleurs que les exostoses que présentait notre malade qui n'eut jamais à subir de traumatisme au niveau de l'épaule, à des phénomènes de compression.

Voici donc deux observations bien nettes d'adéno-lipomatose symétrique à prédominance cervicale qui sont en même temps des observations on ne peut plus nettes (surtout la nôtre) de lipomes s'accompagnant d'exostoses volumineuses.

Ces exostoses symétriques, elles aussi, font vraiment bien partie de la région embryonnaire où sont apparues les masses lipomateuses : elles sont développées par conséquent dans des tissus différents mais à origine analogue. Leur développement tardif n'est pas un argument comme l'a montré Lannelongue, contre leur caractère manifestement congénital.

OBSERVATIONS

Observation I (Personnelle).

Ce malade a été vu pour la première fois il y a environ 2 ans, au Dispensaire de Saint-Joseph, par M. le Dr Mayet qui fit sur son cas une communication dans le numéro du *Bulletin médical* du 23 mars 1907 (p. 249). Nous avons revu depuis ce malade à plusieurs reprises. Nous emprunterons à la 1re observation et nous y ajouterons les nouvelles données acquises depuis et celles qui alors n'avaient pas été jugées utiles d'être consignées.

B .., Joseph, actuellement âgé de 60 ans, est gardien de chantier. Le visage décharné à la teinte terreuse, le dos voûté, la démarche pénible, la respiration sifflante, légèrement dyspnéique, traduisent d'emblée un mauvais état général.

« Il est porteur au niveau de la nuque de deux grosses tumeurs « allongées dans le sens vertical, dont l'extrémité supérieure ne « dépasse pas la ligne qui unit les deux bases des apophyses « mastoïdes, les bords internes sont situés de chaque côté de la « ligne des apophyses épineuses. Ils sont séparés par un sillon « profond dont l'extrémité inférieure, peu nette, se perd dans la « région inférieure et postérieure du cou et dont le bord externe « déborde la branche montante du maxillaire. »

« Au-dessous de ces tumeurs symétriques, il en existait une « autre correspondant environ à l'apophyse épineuse de la septième « cervicale, tumeur médiane, ovoïde, dont les deux pôles latéraux « venaient former une saillie au niveau des deux bords latéraux « du cou. »

Ces tumeurs, depuis deux ans, n'ont pas varié de volume, nous dit le malade.

On trouve également au niveau du triangle de Scarpa deux masses lipomateuses qui, elles, ont sensiblement augmenté de volume depuis la première observation en se développant dans le sens vertical, elles offrent actuellement l'aspect de deux petits reins dont les hiles se regarderaient.

Il y a deux ans il existait déjà deux masses axillaires et une dans la région sus-épitrocléenne : elles sont restées semblables, mais il faut leur ajouter une masse au niveau du sillon deltoïdo-pectoral et une autre dans le sillon deltoïdo-bicipital et qui sont nées depuis.

A signaler depuis peu la formation de masses transversalement allongées, au nombre de trois superposées depuis le bord supérieur du sacrum jusqu'à la 12e vertèbre dorsale, allant, se confondant sur les côtes avec le pannicule, mais nettement séparées en hauteur les unes des autres.

La première tumeur apparut il y a 12 ans à la région rétro-mastoïdienne gauche, quatre mois après apparaissait à droite une tumeur semblable : *le malade fut frappé par la dureté qu'elles présentèrent aussitôt leur apparition.*

C'est surtout depuis 4 ans que la poussée lipomateuse fut sensible sans cependant qu'il y ait eu pendant ces 15 derniers mois une évolution notable.

Fils d'emphysémateux, notre malade souffre depuis l'âge de 20 ans de cette affection compliquée, depuis une dizaine d'années, de crises d'asthme fréquentes : le 20 février 1908, quand nous le vîmes la première fois pour notre compte, il était atteint d'une bronchite généralisée qui nécessita son hospitalisation qui dura environ 10 jours. Pendant ce temps nous eûmes le loisir de l'interroger minutieusement. Il nous confirma dans ce que nous savions déjà qu'il n'était ni alcoolique, ni spécifique, ni rhumatisant. Il était alors assez difficile de rechercher par l'auscultation les signes d'adénopathie trachéo-bronchique qui avait été diagnostiquée en 1907 : la poitrine était remplie de râles sibilants et ronflants. — Cœur fatigué sans lésion orificielle.

Les matités hépatique et splénique étaient toujours normales.

Aucun trouble nerveux sensitif ou moteur.

La formule globulaire indique un certain avenir (3,500 gl. rouges, 9,000 gl. blancs) avec légère leucocytose.

Mais le fait intéressant déjà signalé et resté fidèle à lui était celui-ci.

« Lorsqu'on examinait le pôle supérieur des deux tumeurs symétriques de la nuque, on était frappé immédiatement par ce

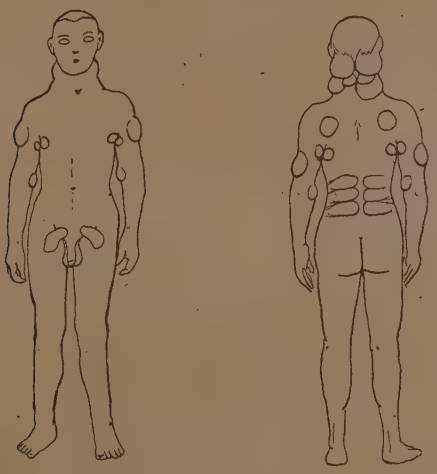

Fig. 1 (1)

fait qu'à ce niveau le relief de la ligne courbe supérieure de l'occipital donnait la sensation de deux énormes exostoses saillantes de plus d'un centimètre, larges de trois ou quatre et dont la radiographie a nettement confirmé l'existence et a permis d'apprécier plus exactement encore le volume : ces deux masses lipomateuses étaient en quelque sorte appendues à ces exostoses et lorsqu'on essayait d'abaisser ces tumeurs, on sentait très nettement une corde fibreuse se tendre entre la masse du lipome et le sommet de l'exostose. »

(1) Ces schémas sont dus à l'obligeance de notre ami le Dr Didier.

Comme au niveau des autres tumeurs la peau était là parfaitement mobile sur la tumeur, abondamment fournie de poils et de cheveux et ne présentant en somme aucune anomalie.

En terminant, nous signalerons que le malade est venu nous voir il y a environ dix jours avec tous les signes d'une paralysie radiale droite évidemment produite par la compression exercée par la masse lipomateuse située dans le sillon deltoïdo-bicipital.

Il est soumis à l'électrisation faradique, et nous attendons les résultats de ce traitement, espérant que ce traitement local nous donnera plus de satisfaction que tous les traitements généraux qui ont complètement échoué.

Observation II (Personnelle).

Sch..., Edouard, âgé de 57 ans, sommellier, se présente le 25 janvier 1908, à l'hôpital Saint-Joseph. Pouvant à peine se soutenir, il est en proie à une violente dyspnée, il répond avec peine et à voix basse aux questions qu'on lui pose. Il est dans un état de dépression physique complète : le pouls dur et bondissant bat à 130 avec de fréquents à-coups : en résumé, l'impression première que l'on a à la vue de ce malade qui demande à entrer à l'hôpital, c'est qu'il n'y tardera pas à mourir.

La teinte absolument jaune paille des téguments caractéristique de la cachexie cancéreuse ferait immédiatement penser à cette affection si l'on n'avait l'esprit tout aussitôt porté sur le volume considérable du cou.

La tête au facies profondément émacié semble fichée directement sur le tronc. Le cou, par son énorme volume s'étalant sur les épaules, et faisant un énorme bourrelet autour du maxillaire et de l'occiput a, en effet, perdu tout contour.

Un examen rapide des autres parties du corps nous montre que nous sommes en présence d'un adéno-lipomateux.

Nous donnons à ce malade l'hospitalisation qu'il réclame et nous l'examinons à loisir dans le service de M. le Dr Leroux où il a été versé.

Une énorme masse lipomateuse descendant du milieu de la face postérieure du maxillaire couvre toute la région hyoïdienne, s'étale sur les côtés et atteint presque la fourchette sternale. Toute une série de petites masses de consistance molle, semblant bien à la palpation nettement lipomateuse, entoure cette masse médiane grosse comme le poing. Elles sont réparties symétriquement sur la branche montante du maxillaire, sous la branche horizontale du niveau de son angle, au-dessus et au-dessous du tiers moyen de la clavicule, au niveau de l'articulation sterno-claviculaire : nous comptons ainsi onze masses lipomateuses à la région antérieure du cou dont une médiane et les autres symétriques et variant du volume d'un noix à celui d'un œuf.

A la nuque deux masses symétriques dans les sillons rétro-mastoïdiens, de consistance un peu ferme, mais sans adhérence à l'occipital et en dessous naissant sur la ligne médiane et descendant pour s'étaler dans les fosses sus-épineuses une énorme masse dont l'aspect sous un volume plus considérable se rapproche de celui de la masse antérieure et médiane, la circonférence du cou, la tête en rectitude, passant à 4 travers de doigts au-dessous de la protubérance et 3 travers de doigt au-dessous du maxillaire, est de 58 centimètres.

Une tumeur du volume d'un marron à la face interne et à la face externe du creux axillaire droit et gauche et deux tumeurs symétriques de mêmes dimensions au niveau du condyle huméral interne.

Rien aux membres inférieurs, mais à noter tout particulièrement l'existence de masses lipomateuses assez considérables, séparées les unes des autres par des sillons très nets, mais mal limitées sur les côtés, s'étendant transversalement à la région lombaire et dorsale inférieure et de chaque côté des premières vertèbres dorsales.

En avant au niveau des muscles grands droits à leur tiers supérieur deux masses symétriques morphologiquement semblables aux masses dorsales. Les reins sont augmentés de volume nettement adipeux.

La peau glisse librement sur toutes ces formations ; elle n'a subi aucune modification.

Nous pouvons à grand'peine obtenir du malade les renseignements suivants sur son histoire pathologique.

Il n'a aucun antécédent héréditaire ou collatéral. Il n'a lui-même jamais été malade : il a une fille et un garçon bien portants et n'a jamais eu d'accidents spécifiques. Mais c'est un alcoolique non douteux : tout autre alcool à part, il prend depuis longtemps 4 litres de vin par jour.

C'est en 1882 qu'apparaissent les premiers lipomes : le premier de tous au milieu de la nuque faisait saillie hors du col était d'un très fâcheux effet pour la profession du malade, alors sommellier dans un grand restaurant.

En 1883, ablation de la tumeur par Pean.

En 1885, toute une série de lipomes naissent dans la partie supérieure du cou, à la fois des deux côtés, d'autres masses se montrent en même temps dans les régions rétro-mastoïdiennes. Au milieu de toutes ces masses le lipome, opéré par Pean, semblait récidiver.

Le malade était alors obligé de porter des faux-cols de 55 cent.

En 1889, le malade se fait opérer par Nélaton, qui lui enlève toute la masse cervicale antérieure et les deux lipomes occipitaux.

Deux ou trois ans après, les tumeurs lentement, mais progressivement récidivent.

D'ailleurs, l'évolution de toutes ces néoformations a toujours été très lente, passant pour la plupart longtemps inaperçues du malade.

Cependant on peut diviser cette évolution en trois phases :

Une première poussée en 1882 à la nuque ;

Une deuxième poussée en 1885 tout autour du cou, à l'aisselle et au bras ;

Une troisième poussée en 1892 avec récidive des tumeurs enlevées précédemment et apparition des masses lombaires et dorsales.

Il y a un an le malade commença à avoir un peu de dysphagie, puis il eut de très fréquents vomissements : huit mois après ces premiers symptômes qui allèrent en s'accusant, il ne pouvait plus prendre que des panades, enfin, depuis huit jours, on ne le nourrit plus que par le rectum.

Il y a un mois, la voix a subitement changé : elle est devenue

rauque. Nous faisons examiner le malade par le Dr Chatellier qui trouve une paralysie de la corde vocale droite.

A l'auscultation, obscurité respiratoire des deux côtés, mais surtout à droite avec quelques râles disséminés et de la matité à la base.

Dysphagie, compression du recurrent droit, compression bronchique, c'était plus qu'il n'en fallait pour affirmer l'existence d'une tumeur du médiastin.

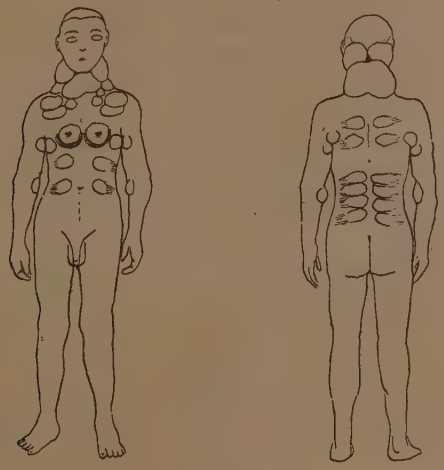

Fig. 2.

Avec beaucoup de précautions, car l'état du malade allait en s'aggravant d'heure en heure, on le soumet à un examen radioscopique rapide qui permet néanmoins de constater au niveau de la poignée du sternum l'existence d'une ombre uniforme débordant l'os de chaque côté, mais surtout à droite et n'étant pourvu d'aucun mouvement pulsatil.

Cet examen radioscopique nous confirma dans l'idée que nous avions eue, aussitôt fait le diagnostic de tumeurs du médiastin, d'une adéno-lipomatose trachéo-bronchique.

Le cœur ne présentait pas de lésions orificielles, le foie débor-

dait à peine de deux travers de doigt les fausses côtes, la rate était normale.

Aucun trouble de sensibilité ou de motilité.

Trois jours après son admission, le malade meurt.

Avec l'autorisation de la famille, nous procédons à l'autopsie et quelle n'est pas notre surprise de trouver :

Un énorme néoplasme de l'œsophage situé au niveau de la 2e et 3e dorsale, avec sténose totale du conduit, rupture de celui-ci dans la plèvre droite où nous trouvons 1,200 gr. de pus.

Les ganglions trachéo-bronchiques hypertrophiés, ayant subi la dégénérescence cancéreuse, forme un amas assez considérable.

Le foie en dégénérescence graisseuse présente sur la face supérieure toute une zone de périhépatite avec une collection sous-phrénique.

Rate un peu diffluente, à peine augmentée de volume

Rien à signaler dans les autres viscères à part quelques plaques d'athérome à l'aorte.

Les masses lipomateuses disséquées et examinées histologiquement montrent qu'elles sont constituées par du lipome pur.

L'os occipital délicatement ruginé ne présente aucune exostose : le périoste est normal.

La formule leucocytaire ayant certainement été modifiée par l'affection dont est mort le malade, n'aurait eu aucun intérêt à être connue.

Observation III (Personnelle).

B...., Edmond, âgé de 54 ans, garçon limonadier, se présente au Dispensaire de Saint-Joseph le 1er février 1908 et demande qu'on le soulage de cet état de fatigue, de faiblesse générale qui lui rend très pénible les moindres travaux. Il se plaint aussi du volume anormal de son cou dont la difformité l'a obligé à quitter ses fonctions de garçon serveur pour devenir plongeur. Il était depuis 25 ans habitué à son premier emploi et la nécessité de l'abandonner l'a très péniblement affecté.

En effet, on constate à la face antérieure du cou une masse lipomateuse prenant naissance sur la ligne médiane rétro-maxillaire et offrant l'aspect d'un cœur renversé du volume d'une orange ; de chaque côté de la fourchette sternale, venant presque se rejoindre sur la ligne médiane, on trouve deux tumeurs symétriques s'étendant jusqu'au tiers externe de la clavicule qu'elles recouvrent en partie : ces deux masses sont séparées de la masse médiane qu'elles enclavent par un sillon très net.

Deux autres petites masses à l'angle du maxillaire inférieur et deux autres encore à la région deltoïdienne.

En arrière il existe deux masses rétro-mastoïdiennes et une masse sous-occipitale, médiane, assez semblable à celle de la face antérieure.

Deux tumeurs dans chacun des creux axillaires, une à la face interne, l'autre à la face externe.

Une petite masse lipomateuse au niveau du condyle huméral interne et deux autres dans le triangle de Scarpa simulant une hernie inguinale double de moyenne dimension.

A signaler l'existence au niveau des 11e, 12e vertèbres dorsales et des 2e, 3e et 4e lombaires de masses lipomateuses se perdant sur les côtes dans le tissu adipeux sous-cutané, mais nettement séparées l'une de l'autre par de profonds sillons et formant trois masses distinctes ayant chacune la largeur d'environ quatre travers de doigts.

Ces tumeurs sont parfaitement symétriques, elles sont indolores, assez facilement mobilisables, n'adhérant pas à la peau qui est restée normale et varient de la grosseur d'une noix à celle d'une pomme.

Les tumeurs rétro-mastoïdiennes attirent tout particulièrement notre attention : elles semblent soudées au plan osseux sous-jacent, leur consistance est très ferme par endroit, surtout à la périphérie, elles sont presque immobilisables. Nous croyons être en droit de penser que nous sommes en présence de lipomes périostiques.

Grâce à l'obligeance de M. Infroit, radiographe des hôpitaux, nous avons pu constater qu'il n'y avait au niveau des tumeurs sur les plaques radiographiques aucune trace de prolifération osseuse.

Le malade a perdu ses parents, le père serait mort d'un cancer de l'estomac, la mère, d'un cancer du rein. Il ne signale rien du côté des collatéraux.

Il n'eut que la fièvre typhoïde à 10 ans et depuis s'est toujours bien porté.

Il n'est pas spécifique, mais peut être soupçonné d'alcoolisme.

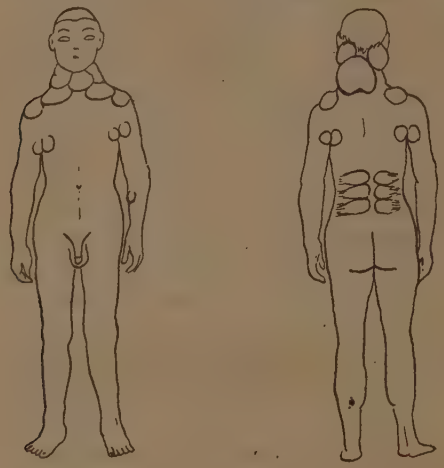

Fig. 3.

Nous l'auscultons avec beaucoup d'attention sans pouvoir trouver aucune lésion pulmonaire ou cardiaque.

Les matités hépatiques et spléniques sont normales.

L'examen des urines reste sans intérêt.

Nous ne trouvons aucun trouble nerveux.

Nous le soumettons au régime arsenical, mais le malade, après être venu nous revoir quelque temps après, quitte Paris.

La seconde fois que nous l'avons vu, nous n'avons constaté aucune modification dans le tableau clinique qu'il présentait la première fois.

Observation IV (Personnelle).

M. ., J., âgé de 52 ans, terrassier, se présente le 22 décembre 1907 à la consultation de Saint-Joseph. C'est un homme de haute taille 1m,75) mais à l'aspect malingre quelque peu cachectique. Les conjonctives sont légèrement subictériques. La figure est osseuse, les pommettes saillantes. Aussi est-on tout de suite frappé par les dimensions considérables du cou qui déborde franchement et enclave ce facies amaigri.

A la face antérieure du cou on trouve une masse lipomateuse allongée dans le sens transversal, allant se perdre de chaque côté sur les branches montantes du maxillaire inférieur. En haut, elle fait corps avec la ligne du menton et en bas elle descend quand la tête est en extension forcée jusqu'à deux grands travers de doigts de la fourchette sternale. De chaque côté du cou sur une ligne tombant de l'angle de la mâchoire et à environ trois travers de doigt de celui-ci, il existe une autre tumeur, de même au niveau de chacune des articulations sterno-claviculaire.

Ces dernières formations lipomateuses ont environ la grosseur d'une pomme d'api.

A la nuque il existe deux grosses masses du volume d'une mandarine, aussi parfaitement symétriques que celles de la face antérieure du cou et situées chacune dans le sillon rétro-mastoïdien.

Bien que de consistance beaucoup plus ferme elles sont assez bien mobilisables et il n'y a aucune raison de croire que l'occipital participe à ces néoplasies.

Nous rencontrons encore deux masses axillajres situées à la face interne et venant en avant se perdre sous le mamelon légèrement adipeux ; dans le triangle de Scarpa de chaque côté une masse transversale de la grosseur du poing et donnant à première vue l'impression d'une grosse hernie inguinale double.

Au milieu de ces masses on ne sent aucun ganglion hypertrophié, elles ne sont pas adhérentes à la peau qui conserve partout son aspect normal.

Le début de cette adéno-lipomatose remonte à six ans. C'est par le côté droit de la nuque qu'il se fit : depuis les masses lipomateuses se sont successivement développées, se montrant d'abord à la région rétro-mastoïdienne gauche, puis à la face antérieure du cou, médiane, puis latérale à l'aine et en dernier lieu à l'aisselle.

Les antécédents du malade tant héréditaires que collatéraux n'apportent aucun élément à l'histoire pathogénique de son affection.

Quant à lui, il a toujours joui d'une santé parfaite. Depuis deux ans, néanmoins, ses forces ont peu à peu disparu : aujourd'hui le moindre effort lui paraît énorme ; il est continuellement fatigué et il est obligé de n'accepter que les petites tâches. Son appétit a diminué ; il n'accuse pourtant pas de fièvre.

Un long et attentif examen des poumons ne trahit aucun lésion. Le cœur a un rythme et des souffles normaux. Le foie n'est pas hypertrophié, la rate paraîtrait plutôt sensiblement augmentée de volumes.

Rien de particulier dans les urines.

L'examen du sang indique une légère anémie (gl. bl., 8,000, gl. rouge, 4,000,000).

Aucun trouble de la sensibilité objective ou subjective : aucun trouble moteur ; l'intelligence semble moyenne. Le malade est seulement dans un certain état de dépression due à l'asthénie progressivement croissante depuis deux ans et qui l'oblige à arrêter presque tout travail.

Il fut soumis au traitement arsenical (piqûre de cacodylate), puis au traitement ioduré pendant environ six semaines. L'insuccès fut complet d'ailleurs.

Bien que rien dans son histoire n'autorise à songer à une insuffisance thyroïdienne, nous l'aurions, par conscience, soumis à la thyroïdothérapie, mais sur ces entrefaites le malade disparut et malgré nos efforts nous ne pûmes parvenir à le retrouver.

Ce fut le premier malade atteint d'adéno-lipomatose à prédominance cervicale que nous eûmes à examiner et à ce moment nous n'avons pas encore l'idée bien arrêtée de ce travail ; aussi regrettons-nous de ne pouvoir joindre le schema des tumeurs de ce

malade à ceux que nous eûmes soin de prendre pour nos trois autres observations.

Observation V (Résumée). — Huguier, *Bull. Soc. chirurgie*, 17 mars 1855. — C..., J.-H., âgé de 56 ans, paveur, ne présente dans ses antécédents personnels et familiaux, rien qui soit digne d'intérêt.

Il est porteur de 43 lipomes dont 40 sont pairs et symétriques. Ils sont situés à la face antéro-latérale du cou, aux régions parotidiennes et mastoïdiennes, à la région sus-claviculaire, à l'angle inférieur de l'omoplate, de chaque côté de l'épine vertébrale, à l'hypogastre, à la partie supérieure du sacrum, à la partie externe du tiers supérieur de la cuisse.

Le début de cette lipomatose remonte à 7 ans et le malade l'attribue à une chute qu'il aurait faite alors.

Observation VI (Résumée). — Dalché, *Bull. Soc. méd. Hôp.*, 1897, p. 1169. — X.., maçon, 49 ans. Pas d'antécédents héréditaires. Etat mental ne permettant pas de tenir grand compte des renseignements donnés.

A fait à 4 ans une maladie grave à forme hémorrhagique. A été interné il y a 4 ans à Ville-Evrard pendant 2 mois et demi. A toujours été triste. Pas d'attaque de nerfs.

Non syphilitique, mais alcoolique.

Entre en 1897 à la Pitié pour faiblesse de tous les muscles l'obligeant à cesser son travail. Il présente une rétraction de l'aponévrose palmaire.

Sensibilité intacte. Intelligence très bornée.

Il a perdu la mémoire, bégaye légèrement, est apathique, absorbé, fort craintif.

Adipose localisée suivant deux bandes symétriques correspondant aux muscles grands droits et venant se perdre en haut, dans les régions mammaires plus volumineuses que normalement.

Tumeurs symétriques à la région parotidienne, sous-thyroïdienne,

où elle simule un goitre total, à la région sus-claviculaire, à la nuque, aux plis du coude, aux aines.

Ces tumeurs rétro-occipitales et parotidiennes sont dures et élastiques, les autres souples et fluctuantes. A la palpation, pas de sensation de noyaux ni de ganglions.

Symétrie et mobilité parfaites.

Aucun trouble viscéral. Pas de leucocythémie.

Testicules petits, fonction génitale diminuée.

En résumé : coexistence de troubles cérébraux.

Absence dans le médiastin et l'aisselle, régions ganglionnaires de tumeurs que l'on rencontre par contre au niveau du pli du coude où il n'existe pas de ganglions.

Observation VI (*bis*) (résumée). — Thibierge, *Bull. Soc. méd.*, 1er avril 1899. — Même malade que celui de l'observation précédente.

Sensible augmentation des masses lipomateuses depuis 2 ans. Il est toujours dans le même état d'asthénie musculaire (pas d'athrophie).

Anémie plus prononcée.

A signaler l'existence de goitreux dans sa famille à rapprocher de l'apparence très réduite de son corps thyroïde, de son état de dépression, de la lenteur de son idéation. C'est un individu ayant probablement une insuffisance thyroïdienne pouvant servir d'élément à la théorie de Madelung.

On ne peut cependant ne pas mettre au second plan les troubles nerveux qu'il présente et qui restent en faveur de la théorie nerveuse.

Observation VII (résumée). — Launois et Bensaude. *Bull. Soc. méd. Hôp.*, 1er avril 1898. — Mathias K..., 32 ans, maréchal-ferrant, offrant de particulier dans ses antécédents familiaux l'alcoolisme de son père et l'obésité d'une de ses sœurs, est un alcoolique invétéré. A la suite d'une violente colère, selon lui, il porte depuis cinq ans ees tumeurs lipomateuses, réparties de la

façon suivante : une médiane à la région sous-maxillaire (la première en date), formant une tuméfaction diffuse, deux symétriques à la région pré-auriculaire, à la nuque, au creux inguinal. Au niveau de la face supéro-interne des cuisses s'échappant des masses lipomateuses on remarque un cordon dur, saillant, parallèle à la saphène interne et qui, probablement, est un tronc lymphatique à parois hypertrophiées. Par une palpation attentive on retrouve d'ailleurs des grappes ganglionnaires hypertrophiées. La peau ne présente aucune altération. Des masses graisseuses ne se retrouvent dans aucune autre partie du corps et le pannicule adipeux est normalement développé.

Examen des viscères : la toux fréquente, une légère dypsnée, le murmure respiratoire affaibli à droite permettent de soupçonner une certaine hypertrophie des ganglions du médiastin.

Le foie déborde légèrement les fausses côtes. La rate est hypertrophiée. Anémie du second degré. Les globules blancs sont augmentés du double avec réduction des globules blancs de la 1re variété.

L'état général est loin d'être satisfaisant : diminution considérable des forces, état d'asthénie complet rendant impossible toute fatigue, tout travail. Le facies rappelle celui des leucocythémiques. Le malade a perdu 28 kilos en six mois. Il n'a pas de fièvre.

Observation VIII (Résumée). — Quéry, Th. Paris, 1901-1902.— X..., âgé de 30 ans, cuisinier, entre à l'hôpital Laënnec, en 1901. Le début de la maladie date de 5 ans. Il y aurait eu, au dire du malade, régression complète de son affection qui, sans phénomènes douloureux, a pris dans les derniers temps une marche très rapide.

Tumeurs du cou : deux occupent la fosse rétro-mastoïdienne : elles ont la grosseur d'une pomme, deux autres moins volumineuses sont situées en-dessous au niveau de l'apophyse de la 7e cervicale.

Dans la région sous-maxillaire demi-collier en forme de croissant embrassant le menton.

A la région fugale, de chaque côté, tumeur de la grosseur d'une noix; tumeur du tronc et des membres : dans la fosse sus-clavicu-

laire, à la face interne des bras, à la face antéro-interne des cuisses. Région mamelonnaire et abdominale très développées.

Les tumeurs du cou présentent une consistance irrégulière, lobulée.

Examen des ganglions, des viscères, du sang, sans résultat important.

Symptômes fonctionnels et généraux nuls.

Intégrité de la sensibilité. Intelligence normale.

Le malade est alcoolique.

Ablation des tumeurs à la cocaïne par le Prof[r] Reclus. Guérison.

Les tumeurs, examinées par le Prof[r] Cornil, se sont constituées par du tissu adipeux renfermant des noyaux formés par ce même tissu condensé et fibreux. Il n'y a pas trace de ganglions.

Observation IX. — Reclus, *Bull. Soc. chirurg.*, mai 1905, p. 504. — X..., fort de la halle, portait une tumeur à l'épaule, ponctionnée d'abord par M. Auvray, puis par moi, pour savoir s'il existait du liquide. La tumeur était crépitante. Comme il y avait des douleurs du bras gauche et de l'œdème de cette région, je me décidais à l'opérer et je trouvais une masse graisseuse qui s'engageait sous le trapèze, s'insérait en avant à l'aponévrose profonde du trapèze et en arrière au tissu fibreux qui recouvre le sus et sous-épineux, puis à l'épine de l'omoplate dont elle ne fut séparée qu'avec la plus grande difficulté. Emergeant de dessous le trapèze, la tumeur s'épanouissait dans le creux sus-claviculaire, puis rencontrant l'os, se dédoublait, une portion passant en avant, l'autre en arrière de la clavicule à laquelle elle adhérait d'une façon intime, se continuait enfin en avant et en arrière de l'aponévrose clavi-coraco-axillaire à laquelle elle adhérait intimement, sous le pectoral la dissection fut très délicate et je dus réséquer une partie de l'axillaire.

Cette tumeur rappelle les lipomes que nous décrit M. Schwartz (même séance) par son adhérence intime aux os, omoplate et clavicule et au tissu fibreux. J'ajoute que ce lipome était crépitant et provoquait des douleurs de compression et je crois qu'on peut le

rapprocher des siens. Mais je n'oublie pas qu'à ce lipome gauche s'ajoutait un lipome droit absolument semblable et qu'en haut et en arrière de la région cervicale il y avait aussi deux lipomes. Je crois donc qu'on pourrait faire rentrer aussi ce cas dans la lipomatose symétrique à prédominance cervicale.

Quant à la pathogénie, je n'oserai insister. Je dirai simplement que la tumeur à droite et à gauche semblait correspondre absolument à la région recouverte par les deux branches de la bricolle avec laquelle il portait des pianos. La branche gauche de la bricolle appuie plus qu'à droite et c'est à gauche que la tumeur était plus volumineuse.

Observation X (Résumée). — Gasne et Ménard, *Bull. Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1906, p. 17. — R..., malade non spécifique, ni tuberculeux, à l'aspect malingre, à l'intelligence faible.

Tumeurs lipomateuses, non douloureuses, symétriques, légèrement diffuses, réparties aux faces antéro-latérales du cou, à la nuque, au tronc, sur les épaules.

Aucun trouble sensitif, ni objectif. Aucun trouble moteur, aucun trouble trophique ou sudoral aux régions où siègent les tumeurs.

Début de la maladie à un âge avancé, localisation primitive et insidieuse du cou, accroissement constant mais par saccades.

Aucune tumeur médiastinale (examen radiographique). Formule leucocytaire normale. Le malade semble plus un dystrophique qu'un adénopathique.

Observation XI (Résumée). MM. Mollard et Petitjean, *Revue de médecine*, t. XVII, 1907. — G..., Fred., 40 ans, manœuvre, entre en juin 1905, à l'hôpital de la Croix-Rousse, parce qu'il tousse et perd ses forces.

Antécédents héréditaires inconnus. Un frère atteint d'aliénation mentale, trois autres et une sœur bien portante.

N'a pas été malade pendant son enfance, mais a contracté, il y a 7 ans, la syphilis, a eu, il y a 3 ans, une première hémoptysie, une seconde il y a 15 mois. C'est un alcoolique.

Depuis un an il tousse continuellement, il a perdu 14 kigr.: il présente aux sommets des lésions très nettes : l'examen des crachats est positif. Rien du côté des viscères ni du système nerveux.

L'examen radioscopique montre dans l'hémithorax supérieur gauche une ombre absolument uniforme. Ce malade présentant des signes de compression médiastinale, on peut croire à cet endroit à la présence d'une masse lipomateuse comprimant un poumon déjà malade, il est vrai, mais faisant alors apparaître des signes pseudo-cavitaires quand les lésions sont peut-être peu importantes. Ce malade, en effet, a repris 9 kilogr. depuis son séjour à l'hôpital.

On trouve sur le tronc et les membres de nombreuses masses adipeuses diffuses et symétriques dont la 1re apparut il y 15 ans dans la région rétro-mastoïdienne droite. Elles sont prédominantes à la région cervicale et respectent les extrémités des membres. Elles sont indolores et ont la consistance du tissu graisseux avec cette particularité qu'en de nombreux points on a la sensation de petites masses lobulées pouvant faire croire à la présence, au milieu de la graisse, de ganglions.

L'examen du sang n'offre aucune particularité à signaler. On procède à l'ablation d'une des tumeurs et on en fait l'examen histologique par la méthode de coloration de M. le Prof[r] Renaut. Il fut impossible de déceler la présence d'aucune cellule lymphatique. Les tumeurs étaient des lipomes purs.

Observation XII. — *Un cas de lipomatose discrète* (inédite, due à l'obligeance de M. le D[r] Mayet). — Madame S..., âgée de 54 ans, sans profession, demeurant à Paris, voit, au mois de janvier 1907, M. le D[r] Mayet, pour de petites tumeurs à peu près symétriquement réparties sur les membres supérieurs et surtout pour deux situées au niveau du poignet gauche et qui sont par leur volume à la fois très disgracieuses et très gênantes pour l habillage.

Il n'en existe nulle part ailleurs qu'aux membres supérieurs. Elles sont au nombre de quatorze, disposées de la façon suivante : six du membre supérieur droit dont une à la région externe du tiers supérieur du bras, une à la région antérieure et moyenne du

bras, une au pli du coude, trois à la région postérieure de l'avant-bras, huit au membre supérieur gauche, six ayant à peu près les mêmes localisations que les précédentes et en plus deux autres volumineuses à la région antérieure du poignet dont la malade, nous l'avons dit tantôt, vient demander la guérison.

Le volume de ces tumeurs varie entre ceux d'une cerise, d'un marron à celui, comme les tumeurs du poignet, d'une pomme d'api. Leur consistance est élastique, plus ferme pour les petites que pour les grosses. Elles sont bien limitées, n'adhérant pas à la peau qui n'a subi aucune modification : elles sont indolores tant à la pression que spontanément.

Il n'y a aucun trouble apparent de compression : la malade, néanmoins, accuse parfois de légères douleurs irradiées dans tout le membre.

Elles ont commencé à se développer du côté gauche alors que la malade avait environ 42 ans.

Celle-ci offre un excellent état général. A noter cependant une obésité assez marquée. Rien de saillant dans son passé pathologique ni dans ses antécédents familiaux. Ménopause à l'âge de 47 ans.

Le Dr Mayet opère les 2 tumeurs du poignet : l'examen histologique des pièces révèle qu'elles sont constituées par du lipome pur circonscrit par une enveloppe celluleuse et élastique.

Actuellement pas de récidive, cicatrication parfaite. Certaines tumeurs ont légèrement augmenté de volume.

Observation XIII (*Un cas de lipomatose discrète*) (inédite, due à l'obligeance de M. le Dr Mayet). — Mademoiselle M .., 61 ans, sans profession, habitant Compiègne, est adressée au Docteur Mayet pour une série de petites tumeurs de consistance molle, complètement indolores, facilement mobilisables et siégeant surtout aux membres supérieurs. En effet, on en trouve trois au membre supérieur gauche et cinq au membre supérieur droit. Elles sont ainsi situées : à gauche, une à la face externe du bras et une à la face antérieure de l'avant-bras ; à droite, une à la face externe du bras, deux au pli du coude et deux à la face antérieure de l'avant-bras.

Aucune autre tumeur dans toutes les autres régions du corps, sauf une médiane située au niveau de l'union de la poignée sternale avec le corps.

Ces tumeurs sont assez peu symétriques, leur volume varie des dimensions d'une noisette à celle d'une noix. Cependant, on en trouve une dans le sillon deltoïdo-pectoral gauche qui atteint la grosseur d'un œuf.

Aucun trouble de compression nerveuse ou vasculaire, d'ailleurs, elles sont sous-cutanées, n'adhérant pas à la peau qui a conservé tous ses caractères normaux.

Elles ne sont pas gênantes pour la malade qui a vu, il y a déjà 12 ans, la première apparaître à la face externe du bras gauche.

Mais depuis, sans s'en inquiéter autrement, elle les a vues lentement croître et se multiplier et aujourd'hui, craignant qu'elles ne parviennent toutes au volume de celle qui est située dans le sillon deltoïdien droit, elle réclame un traitement.

La malade a un excellent état général : elle n'est plus réglée depuis 8 ans. On ne trouve rien de particulier dans ses antécédents personnels ; rien non plus du côté des ascendants et des collatéraux. Pas de goitres, de lipomes, de tumeurs d'aucune sorte ; pas d'affections nerveuses, d'alcoolisme, de spécificité.

Soumise à l'action des courants à haute fréquence, elle vit, au bout du quatrième mois, disparaître presque complètement le gros lipome deltoïdien ; les autres tumeurs ont diminué aussi de volume mais, toutes choses égales, en de beaucoup moindres proportions

La malade est encore actuellement en traitement.

Observation XIV (*Un cas de lipomatose symétrique diffuse*) (résumée). — Mosny et Beaufumé (*Soc. méd. Hôp.*, 14 fév. 1902). — Fur.. , Alex., 30 ans, jardinier, entre en janvier 1902 à l'annexe de l'Hôtel-Dieu pour une très légère atteinte de grippe.

Il présente une lipomatose bilatérale et symétrique très marquée au tronc.

Rien de notable dans ses antécédents familiaux et personnels. Il n'est ni syphilitique, ni alcoolique, ni rhumatisant, ni tuberculeux.

Aucun membre de sa famille n'est atteint d'une semblable affection.

L'époque du début de cette lipomatose ne peut être précisée néanmoins, il en était déjà porteur au moment de son service militaire puisque ces lipomes et sa faiblesse musculaire l'ont fait réformer.

Ce qui frappe d'abord c'est le contraste remarquable entre la gracilité des membres et le développement excessif des parois du tronc.

Une première masse lipomateuse antérieure forme un véritable plastron prépectoral : cette masse naît en haut à la partie supérieure du cou, elle est séparée par un sillon assez marqué d'une autre masse lipomateuse pré-thyroïdienne : ce sillon encadre la partie moyenne et antérieure du cou à la façon d'un croissant à concavité postérieure dont les cornes s'arrêtent latéralement avant d'atteindre la nuque.

Le plastron antérieur se prolonge en haut sur les 2 masses deltoïdiennes, à la façon d'épaulettes, en bas il descend jusqu'à la paroi abdominale et latéralement, il se perd insensiblement dans la région axillaire.

La glande mammaire normale ne participe pas à la formation de ces tuméfactions.

La paroi antérieure de l'abdomen est épaisse, lipomateuse, mais à un degré bien moindre que celle du thorax.

Au-dessus de l'ombilic, on trouve une nouvelle masse lipomateuse allongée transversalement et séparée par un sillon cutané du plastron thoracique.

En arrière, on peut décomposer le plastron adipeux dorsal en trois parties plus saillantes, séparées par des intervalles

Une première masse globuleuse à prédominance médiane à la partie supérieure cervico-dorsale du dos allant rejoindre sur les côtes, à la hauteur des épaules les épaulettes deltoïdiennes précédemment décrites et figurant assez bien avec elles un gilet jeté sur les épaules.

Deux autres tuméfactions globuleuses symétriques un peu au-dessus de la région lombaire.

Entre ces saillies existe une infiltration adipeuse, sous-cutanée, diffuse,

Aucune infiltration aux régions cervicales latérales, postérieures, aux régions rétro-mastoïdiennes, axillaires, inguinales.

Intégrité absolue des membres et de la face.

Bien que les reliefs de ces masses lipomateuses soient très marqués, leurs limites sont indécises, elles font corps avec la peau qui est d'aspect lisse et se déplace avec elles.

A la pression, indolence complète, pas de dépression en godet. A la palpation, aucun noyau dur.

Emaciation musculaire sans perte considérable de la vigueur.

Aucun trouble de la sensibilité.

Aucune anomalie du côté des viscères.

Organes génitaux externes normaux.

Intelligence peu développée, mais pas de somnolence ni d'asthénie. Aucune modification importante du sang.

Etat général satisfaisant, fonctions digestives normales. Pas de température.

CONCLUSIONS

En apportant à l'étude de l'adéno-lipomatose symétrique à prédominance cervicale quatre observations inédites, une autopsie et des exameus radiographiques, nous avons montré que :

1° Il peut exister d'intimes relations entre le tissu osseux proprement dit et le périoste prolifères d'une part et les masses adéno-lipomateuses de l'autre ;

2° Ces tumeurs peuvent donc être formées d'éléments issus du même milieu embryonnaire, le mésoderme ;

3° L'idée de congénitalité devient ainsi de beaucoup celle qui semble alors la plus proche de nos constatations cliniques et anatomo-pathologiques ;

4° L'étude des schémas renforce cette hypothèse de congénitalité en montrant avec une grande précision la répartition des tumeurs suivant les zones de métamérisation ;

5° Les auteurs qui ont étudié la pathogénie de cette affection ont bien été forcément conduits à établir une analogie entre l'adéno-lipomatose symétrique et les

affections nettement congénitales, telles que la neuro-fibromatose et les lymphangiomes, mais ils n'ont fait qu'effleurer cette idée, sans l'asseoir plus solidement sur des preuves anatomo-pathologiques ou cliniques.

Vu :
Le Président de la Thèse,
PIERRE MARIE.

Vu :
Le Doyen :
M. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Astaouroff (Olga). *Contribution à l'étude de l'adéno-lipomatose symétrique à prédominance cervicale.* Th. Paris, 1903-1904.

Baker et Bowlby. *Medico-chirurgical transaction*, 1886, vol. LXIX, p. 60.

Bauju. *Des lipomes multiples symétriques d'origine nerveuse.* Th. Paris, 1892.

Bonnefond. *Adéno-lipomatose à prédominance cervicale et son traitement.* Th. Paris, 1900-1901).

Boucher de Rouen. *France médicale*, 1889.

Brissaud. Pinard, Reclus. *Pratique médico-chirurgicale*, t. VI (Tumeurs).

Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 1855. — Huguier. Lipomes multiples, p. 296.

— 1891. — Desnos. Un nouveau fait de nouveaux lipomes diffus symétriques d'origine arthritique, p. 369.

— 1892. — Siredey.

— 1897. — Lymphadénie aleucémique avec lipomatose, par M. Hayem, p. 335.
Adipose localisée à la région des muscles droits abdominaux, par M. P. Dalché, p. 1168.

— 1898. — Adéno-lipomatose symétrique, par MM. Launois et Bensaude, p. 298.
Lipomatose symétrique, par MM. Jeanselme et Bufnoir, p. 385.

— 1899. — Présentation d'un malade atteint d'adéno-lipomatose symétrique. MM. Thibierge et Pagniez.

— 1901. — Adéno-lipomatose d'origine tuberculeuse à localisation exclusivement cervicale, par MM. Labbé et Ferraud, p. 601.
Adéno-lipomatose à prédominance cervicale chez la femme, MM. Launois et Bensaude, p. 675.

— 1902. — Note sur un cas de lipomatose, par Mosny et Beaufumé, p. 106.

— 1908. — Lypomatose symétrique, MM. Thiroloix et Saiget, p. 899.

Cheinisse. Identité de l'adipose douloureuse avec la lipomatose. *Bull. Soc. méd.*, 1908, p. 221.

Cleve Otto. *Ueber Fetthals.* Th. Freiburg, 1902.

Crémieux. *Contribution à l'étude de la lipomatose multiple symétrique.* Th. Montpellier, 1904-1905.

Darbez. *Des lipomes et de la diathèse lipomateuse.* Th. Paris, 1868.

Dieulafoy. *Traité de path. interne*, t. IV, p. 700 (Adéno-lipomatose).

Ducastel. *Bulletin de la Société de dermatologie et de syphiligraphie*, 1876, p. 579.
Ehrmann. *Beiträge zur klinischen Chirurg.*, 1889, t. IV, p. 362.
Feindel. *Sur quatre cas de neuro-fibromatose généralisée*. Th. Paris, 1896.
Foucher. *Gaz. des hôpitaux*, 1863, p. 485.
Gasne et **Mesnard**. *Bulletin de la Société de l'Internat.*, 1906, p. 17.
Grosch. *Deutsche Zeitschrift für Chirurg.*, 1887, t. XXVI, p. 352.
Hurault. *Lipomes congénitaux ostéo-périostiques*. Th. Paris, 1900-1901.
Hertwig. *Traité d'embryologie*.
Jaboulay. *Soc. nationale de médecine de Lyon*, mars 1902.
Juda. *Lipomatose et diathèse arthritique*. Th. Paris, 1885.
Katzevellenboyen. *Des lipomes symétriques*. Th. Paris, 1895.
Kirmisson. *Traité des affections congénitales*.
Krohn. *Lipomes arthritiques*. Th. Paris, 1885.
Lannelongue et **Achard**. *Traité des kystes congénitaux*. Paris, 1886.
Leclerc. *Importance des frottements*. Th. Paris.
Madelung. *Arch. für klinische Chirurg.*, 1885, p. 106.
Marçais. *Lipomes du cou et de la muqueuse*. Th. Paris, 1894.
Mayet. Lipomatose et lipome périostique. *Bulletin méd.*, 1907, p. 249.
Mollard et **Petitjean**. *Rev. de médecine*, p. 276.
Morat et **Doyon**. *Traité de physiologie*, t. II, p. 149.
Perotte. *Du lipome*. Th. Paris, 1857.
Poncet. Origine tuberculeuse du lipome. *Semaine médicale*, 1907, p. 167.
— De la tuberculose inflammatoire. *Soc. de chirurgie*, juillet 1908.
Queinnec. *Lipomes multiples symétriques et lipomes circonscrits*. Th. Paris, 1902-1903.
Query. *Lipomatose symétrique à prédominance cervicale*. Th. Paris, 1901-1902.
Reclus. *Traité de pathologie externe* (tumeurs), p. 193.
Rehns. *Lipomatose symétrique*. Th. Paris, 1898.
Renon et **Hertz**. Lipomes douloureux. *Soc. de neurologie*, juillet 1901.
Roch. Lipomatose discrète. *Rev. de médecine*, juin 1908, p. 540.
Rothmann. Thyroïdothérapie dans la lipomatose. *Bull. Soc. méd. berlinoise*, nov. 1903.
Roussel. *Lipome d'origine tuberculeuse*. Th. Lyon, 1906.
Schwartz et **Chevrier**. Lipomes ostéo-périostiques. *Revue de chirurgie*, 1906, p. 76.
Sellerin. *L'adipose douloureuse*. Th. Paris, 1902-1903.
Senac. *Lipome congénital*. Th. Paris, 1884.
Sumhuber. Fall von multiplen Lipomen. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1903, p. 170.
Virchow. *Pathologie des tumeurs*. Traduction française de Orousson, Paris, 1867.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	7
Historique	13
Symptomatologie	18
Diagnostic	25
Marche, Terminaison et Traitement	35
Etiologie et Pathogénie	39
Observations	53
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	77

Saint-Brieuc. — Typ. F. Guyon (1776-7-8-2).

Travail exécuté en commandite par des ouvriers syndiqués